

LA TATTICA CHIRURGICA NELLE URGENZE DELLA MALATTIA DIVERTICOLARE DEL COLON

Donati A., Cultrona G., Cali I., Zanghì G., Basile F.*

*Università di Catania
I Clinica di Anatomia e
Corso di Operazioni
' Il Clinica Chirurgica di Pronto Soccorso*

* -nos tante una più ampia conoscenza dei meccanismi fisiopatologia
i^r>ia consentito l'introduzione di una dieta ad elevato contenuto di
» -M-ie . mirante alla riduzione della iperpressione intracoica , correlata
«il* evolutività clinica della M.D. e malgrado gli intenti profilattici di
-..•i-venti quali la miotomia longitudinale e trasversale
multipla ,
•-••nra oggi appare elevata la quota di soggetti che giungono d'urgenza
•*r complicanze acute della M.D. (11-35% Bolt e Hughes - 55% Auguste
» Xise)
"ic scarsa efficacia della profilassi medico chirurgica fa si che il
•*irurgo debba assai spesso affrontare in urgenza le complicanze acute
r^iid M.D. , con una prognosi estremamente incerta , a volte addirittura
^accettabile data l'intrinseca potenzialità benigna della malattia (50-*^t
Localio - Aronson).
.i notevole gravità e l'estrema variabilità della prognosi appaiono
;*incipalmente legate alla scelta del trattamento medico -chirurgico più
•fpoftuno , secondo indicazioni, tempi e modalità di aggressione
«rettamente condizionati dall'assai mutevole e polimorfo quadro clinico
i* esentato da pazienti spesso ad elevato rischio chirurgico , sia per l'età
mrénzala che per le frequenti malattie associate .

W.ATERIALI E METODI

La nostra casistica é rappresentata da 68 pazienti operati d'urgenza
*»i 1970 al 1987 per complicanze acute della M.D. secondo indicazioni e
j*tx-*dimenti differenti. i #u media dei nostri pazienti è stata di 64
anni.variando da un minimo

di 45 ad un massimo di 85 anni.

Non vi è stata una prevalenza significativa di sesso, essendo i maschi: 35 (51,5%) e le femmine 33 (48,5%).

Abbiamo riscontrato le seguenti principali malattie associate. alcune

volte in combinazione miocardiocoronariosclerosi 25, diabete

18, obesità 15, enfisema polmonare 9, insufficienza renale cronici:

6 calcolosi della colecisti 4, ernia iatale 3, ulcera duodenale 2.

Da una disamina delle indicazioni risulta che 36 pazienti furono operati:

per peritonite generalizzata, 15 per peritonite circostritta.it

per occlusione e o per emorragia.

RISULTATI

Per quanto riguarda le complicanze infiammatorie peritoneali (complessivamente 51 (75%)) abbiamo eseguito 9 resezioni d'emblée, in soggetti giovani (età media 53 anni), in buone condizioni generali. senza gravi malattie associate, in cui la perforazione datava presuntivamente meno di 24 ore.

Abbiamo dato invece la preferenza ai procedimenti in due tempi trattando complessivamente 31 casi (18 Hartmann, 8 Mickulicz, 5 resezioni più colostomia) riservando tali metodiche ai pazienti in età più avanzata (età media 72 anni) ed in condizioni generali scadenti cor. significativi inquinamenti peritoneali; la metodica in tre tempi è stata effettuata in 11 pazienti con 2 insuccessi. I decessi di questo gruppo sono stati complessivamente 4 (1, 2, 2 rispettivamente per i procedimenti in uno, due e tre tempi con incidenza percentuale del 9v 18%)

I pazienti operati per occlusione intestinale da M.D. sono stati complessivamente 11 con i seguenti procedimenti: 4 resezione più colostomia di protezione, 7 colostomia di derivazione (6 sul trasverso più una cecostomia). Di queste, due derivazioni costituirono il provvedimento definitivo per la rinuncia al successivo tempo di exeresi. In questo gruppo un decesso dopo resezione + colostomia sul trasverso (13,6%)

L'emorragia ha costituito indicazione ai seguenti interventi in 6 casi: i diverticolectomia colon destro, 3 resezioni segmentarie più 2 colectomie totali. decesso in prima giornata per shock irreversibile dopo colectomia totale). Complessivamente la mortalità è stata di 7 casi su 63 operati (10,3%), così riportate secondo le metodiche eseguite resezione d'emblée 2 casi procedimento in due tempi 3 casi metodica in tre tempi 2 casi; i valori tutto sommato accettabili di questi risulta: sono da riferire verosimilmente all'atteggiamento tattico di principi: volto ad una differenziazione eclettica delle metodiche impiegate

miranti di regola all'eliminazione principalmente del focolaio settico e al differimento di principio della continuità intestinale.

La morbilità postoperatoria è stata invece considerevole (31 casi su 68 operati), a testimonianza dell'estrema gravità di questi pazienti, sia per le complicanze settiche della M.D. in se che per le gravi malattie associate.

DISCUSSIONE

L'n meccanismo patogenetico comune rappresentato essenzialmente dalla ipercinesi-ipertensione endoluminale , é responsabile delle complicanze della M.D. che possono schematicamente essere distinte in :

**A) infiammatorie: diverticolite acuta
 peritonite generalizzata
 peritonite circoscritta (ascesso pericolic)**

HJ meccanico funzionali: occlusione.

(!) emorragiche : emorragia

avvertendo tuttavia che, a causa della patogenesi univoca , sui piano clinico le sindromi correlate possono presentarsi sia isolatamente che in associazione .

DIVERTICOLITE ACUTA Malgrado alcuni AA (Babington , Nardi, Benhamou , Penfoid) affermino che, per le notevoli somiglianze anatomopatologiche e cliniche con l'appendicite acuta, anche nel corso del primo attacco di diverticolite acuta occorre intervenire chirurgicamente d'urgenza, la maggior parte degli AA (Tagart , Proye , Saubier , et al; Francillon et al; Zollinger , De Azua Zuiatica) sulla scorta di valutazioni statistiche indicanti .che la terapia medica appare risolutiva in circa i due terzi dei casi, consigliano un trattamento medico conservativo di principio . La terapia medica si avvale innanzi tutto della somministrazione di antibiotici (penicillina , streptomina , cloramfenicolo ecc) per via parenterale , meglio se in associazione e guidata non appena possibile dal risultato di un esame coprologico ; *il* riposo assoluto a letto , l'apposizione di un sondino naso-gastrico , l'alimentazione parenterale e la stretta osservazione in ambiente chirurgico costituiscono i presidi sussidiari di questo trattamento medico di principio.

Da proscrivere l'uso di antispastici e analgesici che possono facilmente mascherare l'evoluzione verso l'addome acuto ; nei casi estremi comunque consigliamo l'uso della petidina (Demeroi) sprovvista a differenza della morfina di azione miotonica sulla muscolatura liscia del colon.

Qualora la terapia medica protratta per un tempo adeguato (almeno 24/36 h) non determini remissione della sintomatologia o addirittura il quadro clinico deponga per una tendenza alla generalizzazione della flogosi peritoneale, l'indicazione chirurgica diventa tanto perentoria

e

quanto urgente nel timore di dovere successivamente intervenire in presenza di una sepsi peritoneale circoscritta o diffusa . Controversa e per nulla risolta è la scelta della tecnica chirurgica da attuare.

Laparotomia e drenaggio con o senza sutura della perforazione (Ponka e Shaaian) costituiscono provvedimenti "economici", che almeno in parte consentono di ridurre lo stress chirurgico rispetto ad un intervento di excresi, ma si rilevano inadeguati nel trattamento di una peritonite circoscritta o diffusa, per la scarsa affidabilità di una sutura eseguita su un intestino reso friabile dalla flogosi.

L'associazione di una coiostomia derivativa sul trasverso di di costituisce il presupposto necessario , anche se non sempre sufficiente, per la riparazione della soluzione di continuo e quindi per la guarigione del processo settico peritoneale .

A tale primo tempo preliminare segue la successiva resezione del tratto leso e quindi la definitiva chiusura della stomia.

»

I risultati di tale procedimento in tre tempi sono estremamente variabili (dal 1% di mortalità della serie di Jen e Haberson , Smithwick , Colcock , Ponka e Shaaian , al 21% di Dandekar al 43,6 X di Locai io e Stani, Madden al 47,1%) ed appaiono pertanto legati ad un problema di tempestività di indicazioni nei confronti di gruppi di pazienti verosimilmente non omogenei.

Tuttavia indipendentemente dai risultati alcune critiche possono essere mosse all'intervento in tre tempi :

A) la mancata eliminazione del focolaio settico che continua a contaminare il peritoneo, per l'apporto di secrezioni originate nel tratto di colon interposto tra coiostomia e perforazione.

B) Non necessariamente la defunzionalizzazione del colon comporta la regressione della flogosi diverticolare.

ONotevole durata dell'ospedalizzazione e morbilità postoperatoria non trascurabile, a causa sia della molteplicità' degli atti chirurgici che dell'età avanzata di questi paziente Ree ves et al, Rodkey e Welch) D)Se coesiste la presenza del carcinoma le possibilità terapeutiche si

insuccesso per la mancata preparazione antiinfettiva del colon. L'intervento di scelta è la colostomia sul trasverso, quale momento risolutore della sindrome oclusiva, e preliminare al successivo intervento di eieresi, viene praticato nel corso di una laparotomia esplorativa sufficientemente ampia, volta ad accertare la natura dell'occlusione e a procedere a quei provvedimenti sussidiari (lisi di aderenze, drenaggio di raccolte settiche, accurato lavaggio peritoneale), che costituiscono utile complemento alla colostomia sul trasverso.

EMORRAGIA L'emorragia incide nelle complicanze dal 4% al 12% (Lanfanger, Howard, Auguste). Sebbene Noer affermi che il 70% delle emorragie massive del colon siano di origine diverticolare, nella maggior parte dei casi il sanguinamento non supera i 3-5 cc/min. Da ciò la difficoltà angiografica e persino intraoperatoria di reperire esattamente la sede della lesione. Chirurgicamente l'ideale sarebbe la legatura del vaso sanguinante, (Gieske) che però per i motivi suddetti si rileva essere una mera ipotesi teorica. Anche praticare una colostomia defunzionante (Foster e Fisher, Knight) si è rivelato un metodo poco valido. Sandegard ha proposto una colotomia trasversa per accertare se l'emorragia era destra o sinistra e procedeva quindi all'emicolectomia corrispondente. Maynard e Voorhees hanno suddiviso il colon tramite clamps in settori e praticavano delle colotomie per accertare la presenza di sangue nelle varie camere chiuse. Questo ingegnoso sistema presentava però lo svantaggio di essere particolarmente lungo e di aumentare notevolmente il rischio di una sepsi [peritoneale](#). Il metodo di scelta si rivela quindi la colectomia totale (Reeves, Olesen, Klein,) che se evita la recidiva dell'emorragia stessa è comunque un intervento altamente demolitivo, che deve essere tenuto presente nel porre l'indicazione chirurgica d'urgenza, anche in relazione ad una prognosi non sempre favorevole. (mortalità 30%, Taylor ed Epstein)

DIVERTICOLITE DEL COLON DESTRO La M.D. incide nel colon destro assai scarsamente (0,7%-1,5% di tutti i soggetti affetti da M.D. sec. Anderson). Il quadro clinico del tutto sovrapponibile a quello dell'appendicite consente di effettuare una diagnosi di certezza preoperatoria solo nello 0,5% dei casi (Zollinger), escludendo quindi il trattamento medico conservativo.

Il trattamento chirurgico va quanto più possibile limitato sul piano dell'eieresi, anche per i più bassi indici di mortalità della diverticolectomia (1,2% Bell-1,3% Zollinger) rispetto alle micolectomia (7%-

10% Lauridsen e Ross-3,7% Zollinger). Anche qui come nel colon sinistro in caso di perforazione si può" praticare una esteriorizzazione del segmento interessato rimandando ad un secondo tempo la resezione, cui si associerà l'appendicectomia. la cui esecuzione non aumenta in alcun modo il rischio operatorio.

CONCLUSIONI

Da quanto detto risulta che la diverticolite e le sue complicanze costituiscono un' affezione complessa che , sebbene potenzialmente benigna, può essere responsabile di una gravosa morbilità e mortalità post-operatoria , specie se l'intervento chirurgico viene eseguito in condizioni d'urgenza in pazienti anziani e senza alcuna preparazione generale e locale . L'alto tasso di mortalità non può" essere attribuito esclusivamente alla gravità di questi pazienti e alle condizioni d'urgenza in cui viene aggredita la malattia, se é vero, come risulta dalla letteratura e dalla nostra esperienza personale, che esistono indici di mortalità accettabili anche nelle più gravi complicanze peritonitiche, purché non si abbia timore di ricorrere a procedimenti graduati che offrano i necessari ed indispensabili requisiti di sicurezza. Il ricorso a queste metodiche , da alcuni ritenute superate in quanto antiche, può essere pienamente giustificato, se teniamo conto che il trattamento chirurgico della diverticolite può mettere a dura prova la capacità e l'esperienza del più sperimentato chirurgo addominale e quindi richiede ecletticità non solo di giudizio, ma anche di procedimenti tecnici (Coicock).

In conclusione la tattica chirurgica nel trattamento delle complicanze acute nella M.D. deve essere eclettica, modulata sulle condizioni generali e locali del paziente, ricorrendo ad un approccio chirurgico graduato, allorquando non coesistono le condizioni necessarie per una resezione d'emblée (per il resto assai rare, rappresentate dalle giovane età del soggetto, da buone condizioni generali e da una contaminazione peritoneale minima).

Più frequentemente un intervento di Mickulicz o il procedimento di Hartmann o l'associazione di una colostomia di protezione costituiscono metodiche abbastanza semplici. in grado di garantire una diminuzione del rischio chirurgico e rendere in limiti tollerabili gli indici di mortalità e morbilità di una malattia che , potenzialmente benigna, tale deve restare nella sua realtà clinica.

RIASSUNTO

Gli autori passano in rassegna la loro esperienza operatoria (68 casi) dal 1970 al 1987 in tema di complicanze acute nelle M.D. ed analizzano i dati personali e della letteratura, concludendo che per quadri clinici assai polimorfi e spesso gravi bisogna ricorrere a metodiche differenti, modulate sulle condizioni locali e generali del paziente, miranti principalmente all'eliminazione del focolaio settico, con ripristino immediato (in casi selezionati) o preferibilmente differito della continuità intestinale .

PAROLE CHIAVE: Diverticolite, Resezione d'Embleè, Hartmann e Mickulicz.

BIBLIOGRAFIA

Aronson A.R., Miller S.W., Honig L.S., Altman K.A.: Generalized peritonitis complicating diverticulitis of the colon. *New York J. Med.*, 65:437,1965 .

Auguste L.J., Wise L.. Surgical management of perforated diverticulitis. *Am. J. Surg.*, 141:122, 1981.

Babington S.M. : Diverticulitis of the colon a plea for early surgical intervention. *J. Med. Coli. Surg.*, 11:504,1948.

Belding H.H.: Acute perforated diverticulitis of the sigmoid colon with generalized peritonitis. *Arch. Surg.*, 74:511,1957

Bell G.A., Panton O.N.M.: "Hartmann resection for perforated sigmoid diverticulitis a retrospective study of the Vancouver General Hospital". *Dis. Col. e Rect.*, 27:253, 1984.

Benn P.L., Wolff B.G., Ilstrup D.M.: "Level of anastomosis and recurrent colonic diverticulitis. *Amer Journ. Surg.*, 151:269, 1983.

Bolt D.E., Hughes L.E.: Diverticulitis: a follow-up of 100 cases. *Brit. Med. J.*, 1:1205, 1966.

Bruce G., Wolf M.D., Roger L., Ready R.W., Robert L., Mac Carty M.D.,

Hoger L., Robert W.: Influence of sigmoid resection on progression of diverticular disease of the colon. *Dis. Colon Rectum.*, 27:10, 1984.

Castiglioni G.C., Landi E., Franchini A.: La malattia diverticolare del Mgma. *Chir. Gastr.* 9:160, 1975-

Colcock B.P.: Complications of diverticulitis. *Ann. Surg.*, 37:121, 1971.

Connell A.M.: Pathogenesis of diverticular disease of the colon. *Adv. Int. Med.*, 22:377, 1977.

Correnti F.S., Pappalardo G., Mobarhon S., Trentino P., Parenzi G.F., Castrini G.: Follow-up results of a new colostomy in the treatment of diverticulosis. *Surg. Gynecol. Obst.*, 156:181, 1983-

Dandekar N.V.: Primary resection and anastomosis in the management of perforation of diverticulosis of the S flexion and diffuse peritonitis. *Dis. Col. Rect.*, 3:172, 1969.

De Azua Zulaica E.: "La enfermedad diverticular del colon" *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, 35:35, 1971.

Eisenstat T.E., Rubien R.J., Saldut E.P.: Surgical management of diverticulitis. *Colon e Rectum*, 26:429, 1983.

Foster R.L., Fisher R.F.: Colostomy as emergency for massive melena secondary to diverticulitis case report. *Am. J. Surgery.*, 20:734, 1954.

Francillon S., Vignot J., Tissot E., Geriniere P.: A propos d'une statistique homogene de 13 cas de sigmoidites graves. *Lyon Chir.*, 66:346, 1970.

Fowler C, Aaland M., Johnson L., Sternquist J.: "Perforated diverticulitis in a Hartmann Rectal Pouch." *Dis. Col. e Rect.*, 29:262, 1986.

Gennaro A.R., Rosemond G.T.: "Diverticulitis of the colon". *Dis. Col. Rectum*, 17:74, 1974.

Gieske J.C., Kan P.C., Moran J.M.: "Arterial Ligation for control of colonic diverticular hemorrhage". *JAMA*, 217:1100, 1971.

Giffin J.M., Butcher H.R. Jr., Ackerman L.V.: "Surgical management of colonic diverticulosis. *Arch. Surg.*, 94:916, 1967.

Goligher J.C: Surgery of the anus, rectum, colon. 3rd ed. London: Bailliere Tindail, 1975-

Haberson S.P., Jewes W.: Resection for diverticular disease of the sigmoid colon. Arch. Surg., 81:435,1960.

Hartley R.C.: Danger of diverticulitis coli, on estimation of the place of resection in ovoidance of complications. Brit. J. Surg., 51:45, 1964.

Hollender L.F., Meyerly, Caideroli M., Janant J., Alexion R.: Le traitement chirurgica! des sigmoidites diverticulaires compliques. A propos de 138 observation. J. Chir. Paris., 115:205, 1978.

Howards M.A.: "The management of bieeding diverticua of the colon Am.J. Surg., 100:217, 1960.

Hughes L.E.: "Post-morten survey of diverticular disease of the colon". Gut, 10:336, 1969.

Yudd E.S., Mears T.W.: Diverticulitis. Arch. Surg., 70:818, 1955.

Jon M., Greif D.O., Gregory F., McSherry C.K.: Surgical treatment of perforated diverticulitis of the sigmoid colon. Dis. Col. e Rect., 23:483. 1980.

JCay S., Choy S.N.: Results of intraperitoneal injection of barium sulfate contrast medium: an experimental study. Arch. Pat., 59:388, 1955.

Klein R.R.: Massive colonie bleending from diverticular disease. Am. J Surg., 118:553, 1969.

JCnight CD.: Massive hemorrhage from diverticular disease of the colon. Surg. 42:853, 1957.

Laurindsen S_M Ross F.P.: Acute diverticulitis of the cecum, a report of four cases and review of one hundred fifty-three surgical cases. Arch Surg., 64:320, 1952.

Léonard S., Deake J., Kamininski D.L.: Acute perforation of sigmoid diverticua. Am.J. of Surg., 142/712, 1981.

Le twin E.R.: Diverticulitis of the colon. Am. J. Surg., 143:579, 1982.

Localio S.A., Sthal W.M.: Diverticular disease of alimentary tract. Pari. I The Colon Cur Problem. Surg., 51:41, 1967.

Lohr. B., Thiede A., Poser M., ICampe A.: Diverticolosi e malattia diverticolare. Minerva Chirurgica, 34:1217, 1979.

Lous J.A. Leslie W.: Surgical management of perforated diverticulitis. Am. J. Surg., 141:122, 1981.

Madden J.L.: Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesion of the colon. Ann. Surg., 31:781, 1965.

Maynard E.F., Voorhees AJ5.: Arterial hemorrhage from a large bowel diverticulum. Gastr., 31:210, 1956.

Mussa A., Sanducci S., Festa V.: Il trattamento della diverticolosi complicata del colon mediante resezione anastomosi in un tempo e colostomia di protezione. Minerva Chirurgica, 41:841, 1986.

Nardi C, Benhamou G.: Pour un traitement precoce des complications de la sigmoidite diverticulaire. La Presse Med., 23:1047, 1970.

Noer R.J.: Hemorrhage as a complication of diverticulitis. Ann. Surg., 141:674, 1955-

Olsen W.R.: Hemorrhage from diverticular disease of the colon: the role of emergency subtotal colectomy. Ann. Surg., 115:247, 1968.

Parks T.G.: Diverticular disease Proc. Roy Soc. Med., 67:1037, 1974.

Penfold J.C.B.: Management of uncomplicated diverticular disease by colonic resection in patients at St. Mark's Hospital. Brit. J. Surg., 60:695, 1973.

Ponka J.L., Shaalan A.K.: Changing aspects in surgery of diverticulitis. Arch. Surg. 89:31, 1964.

Prove C: La diverticulose sigmoïdienne. Traitement de formes compliquées. Lille Med., 14:349, 1969.

Ryan P.: Emergency resection and anastomosis for perforated sigmoid diverticulitis. Brit. J. Surg., 45:611, 1958.

Sandegar E.: Treatment of massive intestinal hemorrhage of obscure origin. Acta Chir. Scand., 117:465, 1959.

Saubier E.C., Gaillard P., Broult A., Cholucon J.L.: Rapport of 18 cases de sigmoidites traites chirurgicalement. Lyon Chir., 61:349, 1970.

Shperber Y., Haley A., Oland J., Onda R.: Perforated diverticulitis of the transverse colon. Dis. Colon e Rect., 29:466, 1986.

Simi M., Rizzo F., Patrossi A., Tota M.V.: Tumori infiammatori del sigma su base diverticolare. La Chir. Gen., 18:143, 1969.

Smithwick R.M.: Surgical treatment of diverticulitis of the sigmoid. Ann J. Surg., 99:192, 1960.

Speranza V., Sitai M.: La nostra esperienza nel trattamento chirurgico della malattia diverticolare del colon alla luce delle recenti acquisizioni fisiopatologiche. Chir. Gastr., 7:167, 1973.

Stefanini P., Èrmini M.: Terapia chirurgica della diverticolosi e della diverticolite del colon. Atti XVI Congr. Soc. It. Gastr. Bologna, 1965.

Tagart R.E.B.: Diverticular disease of the colon. Clin. Aspect., Brit. J. Surg 56:417, 1969.

Taylor F.W., Epstein L.I.: Treatment of massive diverticular hemorrhage Arch. Surg., 98:505, 1969.

Underwood J.W., Marks C.G.: The septic complications of sigmoid diverticular disease. Brit. J. Surg., 71:209, 1984.

Zollinger R/W., Zollinger R.M.: Diverticular disease of the colon. Advancer in Surgery., 5:255, 1971.