

# Le stenosi del sigma. Problematiche cliniche, di diagnostica e terapeutiche



Ann. Ital. Chir., LXXV, 5, 2004

A. Pulcini, G. Guerriero, E. Masci,  
D. Feroci, F. Stio, L. Giacomelli

Dipartimento Scienze Chirurgiche, Università di Roma  
"La Sapienza"  
Direttore: Prof. Francesco Paolo Campana

## Introduzione

Le stenosi del sigma sono una affezione piuttosto frequente determinata da un gruppo eterogeneo di patologie, pertanto possono costituire un problema sia per quanto riguarda la diagnosi differenziale sia per l'impostazione terapeutica.

Si deve prima di tutto distinguere fra le stenosi di natura neoplastica e quelle di natura non neoplastica. Fra quelle di natura neoplastica si devono considerare le stenosi da carcinoma del colon-retto, che nella forma scirrosa rappresenta la causa più frequente di occlusione colica, le stenosi che derivano da infiltrazione del sigma con meccanismo di diffusione per continuità da parte del carcinoma ovarico o del carcinoma uterino. Si possono anche avere localizzazioni metastatiche a livello del sigma da parte del cancro dello stomaco, della mammella, della prostata, dell'ovaio, del rene, della cervice uterina e del polmone che, seppur evenienze non frequenti, sono state spesso descritte in letteratura, anche se ancora non è chiara, per alcune di queste forme, la predilezione verso quest'organo (1, 2, 3, 4).

Fra le stenosi di natura non neoplastica vanno considerate la malattia diverticolare, l'endometriosi, lesioni vascolari e post-attiniche.

Le manifestazioni cliniche determinate dalle stenosi del sigma dipendono da una serie di fattori tra i quali: rapidità con cui si instaura il quadro clinico, grado dell'ostru-

## Abstract

### SIGMA'S STENOSIS. CLINICAL, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTICAL PROBLEMS

*Sigma's stenosis represent a frequent pathology, but it's very difficult to have a pre-operative diagnosis about the nature of these stenosis, not with stending the introduction of more sophisticated instruments of diagnosis.*

*In this work we present 9 cases of sigma stenosis; some of these with a common etiology and other very interesting for their rare and unusual origins.*

*The patients were underwent to a different timing of diagnosis and therapy based on clinical history and diagnostic hypotesis; our experiences demonstrate that the clinical intuition is really useful for a correct diagnosis in the patients with a sigma's stenosis and consequentely, in order to plan the correct therapy.*

Key words: Sigma's stenosis, diagnosis, therapy.

zione, causa dell'ostruzione, presenza di altre condizioni morbose.

Il sintomo più frequente è il dolore addominale di tipo colico, localizzato in corrispondenza dei quadranti di sinistra dell'addome. Nei pazienti in cui l'ostruzione si è instaurata in maniera graduale e progressiva è possibile riscontrare alterazioni dell'alvo, in particolare stipsi ostinata alternata ad episodi pseudo-diarroici (alvo alterno). In base alla natura della stenosi è possibile il manifestarsi di altri sintomi e segni. In particolare, la comparsa di rettorragia può essere foriera di una lesione di natura neoplastica, mentre la comparsa di febbre in paziente con diverticolosi può indirizzare verso il sospetto di un tumore infiammatorio. La comparsa di dolore addominale e alterazione dell'alvo correlata alle fasi del ciclo mestruale pone le basi per una diagnosi di endometriosi del colon. Se il quadro clinico, invece, esordisce direttamente con una sintomatologia acuta di dolore addominale, distensione, chiusura dell'alvo la diagnosi è di occlusione intestinale acuta.

La radiografia diretta dell'addome è il momento iniziale della valutazione di questi pazienti. Una volta esclusa una situazione acuta che richiede l'intervento d'urgenza si

procede con l'esecuzione di indagini tese ad identificare la natura della lesione stenotomizzante. Tra queste l'endoscopia del colon riveste un ruolo centrale perché, non solo consente di stabilire il livello della stenosi, ma può consentire di stabilire la natura etiologica del restringimento mediante l'esecuzione di prelievi biotici.

Un ulteriore contributo diagnostico può essere fornito dal clisma opaco che, oltre a localizzare la sede dell'ostruzione, può fornire ulteriori informazioni sull'aspetto della superficie mucosa, presenza di spasmi della muscolare, distensibilità, fissità, sacculazioni ed eventuali tragitti fistolosi (5, 6).

Negli ultimi anni ha trovato sempre più largo impiego la Tomografia Computerizzata (TC) che ha dimostrato una maggiore sensibilità ed accuratezza, nei confronti delle indagini contrastografiche tradizionali, per il riconoscimento di sede, livello e causa dell'ostruzione. La Colonografia Tomografica Computerizzata (CTC), meglio conosciuta come colonscopia virtuale, rappresenta un ulteriore perfezionamento della TC. Le immagini vengono realizzate utilizzando delle sezioni sottili di una TC spirale. Il suo contributo è particolarmente utile per lo studio del tratto intestinale a monte della stenosi in quei pazienti nei quali non è stata possibile la progressione dell'endoscopio per la presenza di stenosi serrata. Consente, inoltre, l'individuazione anche di neoformazioni coliche molto piccole (circa 5 mm).

Gli obiettivi del trattamento terapeutico consistono nel risolvere l'ostruzione intestinale ed eliminare, quando ciò è possibile, la lesione che causa la stenosi con terapia chirurgica, medica o terapie alternative. Il trattamento chirurgico dipende dalla causa dell'ostruzione ed è ancora oggetto di discussione se attuare in un unico tempo la resezione di un segmento più o meno esteso di colon ristabilendo la continuità digestiva, come è sostenuto dalla maggior parte degli Autori (7, 8), oppure se effettuare inizialmente la decompressione del colon rimandando la resezione ad un momento successivo. Gli interventi chirurgici in più tempi, due o tre, determinano un notevole disagio al paziente (9, 10) tanto alcuni di essi non accettano di sottoporsi all'intervento per ristabilire la continuità digestiva (10).

Per quanto concerne la lunghezza del segmento da resecare, questo dipende dalla natura della malattia di base. In caso di patologia maligna bisogna affidarsi ai criteri di radicalità oncologica. In caso di patologia benigna è conveniente eseguire resezioni segmentarie meno estese possibili (11). Negli ultimi anni le metodiche mininvasive eseguite con approccio laparoscopico hanno trovato sempre più larga diffusione, soprattutto nel caso si sia giunti ad un sospetto diagnostico di endometriosi intestinale in quanto la laparoscopia rappresenta prima di tutto una fondamentale metodica diagnostica, consentendo l'esatta valutazione degli impianti di endometrio nell'ambito della pelvi e dell'addome (12, 13).

Nel caso di pazienti con lesioni non reseccabili e speranza di vita ridotta sta prendendo sempre più piede

l'utilizzo di stent metallici espandibili ed auto-espandibili (14, 15, 16, 17, 18).

## Materiali e Metodi

Nel nostro studio retrospettivo sono stati selezionati 9 pazienti, ricoverati presso l'Istituto di III Clinica Chirurgica, VI Cattedra di Patologia Speciale Chirurgica e Propedeutica Clinica, negli anni 1992-2001, che presentavano una stenosi del sigma con differenti, ed in parte non frequenti, etiopatogenesi.

I pazienti, 4 di sesso maschile e 5 di sesso femminile, presentavano un'età media di 67 anni (range 29-89 anni). Per quanto concerne la presentazione clinica i sintomi riscontrati, variamente associati fra loro, sono stati dolore addominale in 9 pazienti (100% dei casi), in un caso tale sintomatologia era molto eclatante nel periodo ovarico; alterazioni dell'alvo in 9 pazienti (100%); rettorragia in 2 pazienti (22,2%); febbre di tipo settico in un caso (11,1%); inoltre in 2 pazienti (22,2%) il quadro clinico è stato caratterizzato da subocclusione intestinale.

La diagnosi strumentale è stata effettuata mediante rettosigmoidoscopia (RSCS); in alcuni casi selezionati i pazienti hanno eseguito RX clisma opaco, colonscopia virtuale e una Tomografia Computerizzata (TC) addome-pelvi. La RSCS è stata utilizzata in tutti i pazienti (100%). In alcuni casi non è stato possibile effettuare biopsie mirate in quanto il grado di stenosi non consentiva la progressione dello strumento, e solo in 1 dei 5 casi ove è stato possibile effettuarla è stata posta diagnosi di natura di adenocarcinoma del grosso intestino. In un caso (11,1%) la RSCS ha messo in evidenza la presenza di diverticoli, in un caso (11,1%) ha posto diagnosi di stenosi infiammatoria post-attinica, mentre in due casi (22,2%) ha evidenziato un restringimento del lume come da compressione ab estrinseco. In 4 casi (44,4%) con la sola RSCS non è stato possibile formulare neppure una ipotesi diagnostica.

Per lo studio del colon a monte della stenosi, indispensabile per qualsiasi programma terapeutico, ci siamo affidati in 2 casi al clisma opaco e nei 2 casi rimasti, in cui non è stata possibile neppure la progressione del contrasto, è stata eseguita una colonscopia virtuale. In questo modo è stato possibile solo escludere la presenza di lesione a monte della stenosi.

L'iter diagnostico pertanto è proseguito con lo studio mediante TC. Questa indagine ha consentito di stabilire la natura di altri due casi, infiltrazione da carcinoma ovarico ed infiltrazione da carcinoma dell'utero, svelando la natura delle compressioni ab estrinseco evidenziate con la RSCS; inoltre in un altro caso avendo evidenziato una formazione cistica a carico dell'ovaio di una paziente con sintomatologia clinica deponente per endometriosi intestinale, abbiamo ritenuto opportuno eseguire una laparoscopia diagnostica che ha consentito di por-

re diagnosi di endometriosi pelvica di III grado con focolai di endometriosi anche a livello del sigma, escludendo, pertanto, la natura neoplastica della stenosi ipotizzata dalla TC.

In base ai risultati delle diverse indagini eseguite è stato possibile giungere così ad una diagnosi preoperatoria della natura della lesione stenotica in 6 casi (66,6%), nei rimanenti 3 casi (33,3%) il quadro intraoperatorio e l'esame istologico definitivo hanno permesso di dimostrare in 1 caso una colite ischemica, in 1 caso una lesione metastatica da carcinoma squamoso del polmone ed in 1 caso, l'E.I.E. poneva diagnosi di metastasi da carcinoma ovarico con ovaio apparentemente indenne ciò ha permesso l'asportazione dello stesso che si confermava, successivamente, sede di microcarcinoma.

Nel paziente affetto da adenocarcinoma è stato eseguito un intervento chirurgico di resezione retto-colica anteriore. Nel paziente affetto da malattia diverticolare è stata sufficiente una resezione del sigma. Il caso di colite post-attinica si è risolto con terapia medica a base di cortisonici ed antiossidanti. Le due pazienti che presentavano rispettivamente infiltrazione da carcinoma dell'ovaio e dell'utero, sia per la presenza in entrambi i casi di ripetizioni multiple epatiche, sia per la evidente diffusione locale, sono state sottoposte a colostomia definitiva. La paziente in cui è stata dimostrata la endometriosi del sigma è stata sottoposta a resezione del segmento di sigma interessato (lavoro). Il paziente con colite ischemica è stato sottoposto ad emicolectomia sinistra (lavoro). Il paziente con metastasi di carcinoma squamoso del polmone è stato sottoposto a derivazione anastomotica interna (4) e la paziente con metastasi da microcarcinoma dell'ovaio (3) a resezione retto-colica anteriore con ovariectomia sinistra (l'intervento è stato poi completato, alla luce dell'E.I.D., con isteroannessiectomia bilaterale).

## Discussione e Conclusioni

Le stenosi del sigma sono lesioni relativamente frequenti che possono determinare un quadro clinico acuto, che richiede trattamento d'urgenza, oppure manifestazioni cliniche caratterizzate essenzialmente da dolori addominali e alterazioni dell'alvo, sintomi e segni indicativi di un costante e talora progressivo restringimento del lume del viscere.

La diagnosi di stenosi del sigma è quasi sempre molto agevole, ma può risultare notevolmente difficoltoso stabilire la natura della malattia che l'ha determinata.

Le cause di stenosi del sigma sono molto varie e, accanto a forme più comuni, quali carcinoma coloretale e malattia diverticolare del sigma, sono riportate in letteratura forme più rare che è necessario porre in diagnostica differenziale al fine di programmare una adeguata e mirata terapia.

Nel nostro studio abbiamo esaminato una alta percen-

tuale di queste forme più rare allo scopo di dimostrare come un accurato iter diagnostico possa spesso aiutare a giungere ad un sospetto di natura optando per l'opzione terapeutica più adeguata. Solo in tre casi, nonostante l'uso di metodiche di studio altamente specialistiche, ci siamo trovati di fronte a seri problemi di diagnostica differenziale: metastasi da microcarcinoma dell'ovaio, da carcinoma squamoso del polmone e la colite ischemica. In questi casi, infatti, è stato praticamente impossibile formulare anche solo una ipotesi diagnostica nel pre-operatorio.

Per quanto concerne il trattamento chirurgico delle stenosi del sigma risulta ormai largamente accettato, ove tecnicamente possibile, l'intervento in un unico tempo, comprendente la resezione di un segmento più o meno esteso di intestino con ristabilimento immediato della continuità intestinale. Infatti il miglioramento delle tecniche operatorie e delle terapie antibiotiche hanno sostanzialmente ridotto l'incidenza di complicanze postoperatorie. Anche nella casistica riportata è stato optato per questo tipo di intervento nella maggioranza dei casi: 2 resezioni retto-coliche anteriori, 2 resezioni del sigma ed 1 emicolectomia sinistra, riservando l'intervento di colostomia definitiva (in 2 casi) e di derivazione interna (1 caso) qualora un intervento radicale non era indicato per l'estensione della patologia tumorale di base e la presenza di multiple lesioni ripetitive.

Un solo caso, la colite ischemica post-attinica, è stato risolto con terapia medica.

*Conclusioni:* Dal nostro studio emerge che nonostante l'introduzione di metodiche diagnostiche sempre più sofisticate, la diagnosi di natura delle stenosi del sigma, indispensabile per programmare una corretta terapia, può dover essere completata direttamente al tavolo operatorio, ed è quindi affidata alla cultura, all'esperienza e al buon senso clinico dell'operatore.

## Riassunto

Le stenosi del sigma rappresentano una patologia di frequente riscontro ma la diagnosi di natura pre-operatoria risulta ancora non agevole, nonostante l'introduzione di metodiche diagnostiche sempre più sofisticate.

A tale scopo presentiamo 9 casi giunti alla nostra osservazione, alcuni ad etiologia più comune ed altri di particolare interesse vista la rarità.

I pazienti sono stati sottoposti ad un timing diagnostico e terapeutico diverso a seconda della storia clinica e del sospetto che si andava delineando. Questo al fine di dimostrare come il buon senso clinico dell'operatore risulti sempre utile per un corretto inquadramento di questi pazienti e quindi un adeguato approccio terapeutico.

Parole chiave: Stenosi del sigma, diagnosi, approccio terapeutico.

## Bibliografia

- 1) Morson B.C., Dawson W.: *Gastrointestinal Pathology*. Third Ed. Blackwell Scientific Publications, 1990.
- 2) Deans G.T., Krukowski Z.H., Irwin S.T.: *Malignant Obstruction of The Left Colon*. Br J Surg, 1994, 81:1270-1276.
- 3) Brescia A., Giacomelli L., Hadjiamiri H., Leonoe L., Franceschini P., Messinetti S.: *Stenosi del colon da microcarcinoma dell'ovaio: nota clinica*. Giorn Chir, 1991, 12:566.
- 4) Battisti G., Stio F., Porcelli C., Scaldaferrì T., Minocchi L., Lauria V., Messinetti S.: *Metastasi rare da carcinoma squamoso del polmone a localizzazione addominale*. Osp Ital Chir, 1997, 6:547-550.
- 5) Chapman A., Mcnamara M., Porter G.: *The acute contrast enema in suspected large bowel obstruction*. Clin Radiol, 1992, 46:273.
- 6) Maglente D.D.T., Balthazar E.J., Kelvin F.M., Et Al.: *The role of radiology in the diagnosis of small-bowel obstruction*. Ajr, 1997, 168:1171.
- 7) Wangenstein O.H.: *Cancer of the colon and rectum*. Wis Med J, 1949, 48:591.
- 8) Lopez-Kostner F., Hool G.R., Lavery I.C.: *Management and causes of acute large-bowel obstruction*. Surg Clin North Am, 1997, 77(6):1265-1290.
- 9) Balthazar E.J.: *Diverticular disease*. In: Gore M., Levine M.S., Laufer I (Eds), *Textbook of gastrointestinal radiology*. Philadelphia: Wb Saunders, 1994, Pagg. 1072-1097.
- 10) Isbister W.H., Prasad J.: *The management of the left-sided large bowel obstruction: an audit*. Aust Nz J Surg, 1996, 66:602.
- 11) Ross S.: *Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation*. Br J Surg, 1995, 82:1622.
- 12) Tra K.T.C., Kuljpers H.C., Willemsen W.N.P., Bulten H.: *Surgical treatment of symptomatic resctosigmoid endometriosis*. Eur J Surg, 1995, 162:139-141.
- 13) Mundi Sanchez Ramade J.L., Carvia Ponsaille R., Perez Ramon J.A., Cannona Soria I., Lavin Castjon I., Trapero Mar-tinez A., Fernandez Perez A.: *Endometriosis: an infrequent cause of colonic obstruction*. Gastroenterol Hepatol, 1998, 21(5):224-226.
- 14) Kauffmann G.B., Mayo I.: *The metal with a memory*. Am Her Inv Techon, 1993, 9:18-23.
- 15) Tejero E., Fernandez-Lobato R., Mainar A., Montes C., Pinto I., Femandez L., Jorge E., Lozano R.: *Initial result of a new procedure for treatment of malignant obstruction of the left colon*. Dis Colon Rectum, 1997, 40:432-436.
- 16) Turegano-Fuentes F., Echenagusia-Belda A., Simo-Muerza G., Camunez F., Munoz-Jimenez F., Del Valle Hernandez E., Quintas-Rodriguez A.: *Transanal sel-expanding metal stent as an alternative to palliative colostomy in selected patients with malignant obstruction of the left colon*. Br J Surg, 1998, 232-235.
- 17) Baron T.D., Dean P.A., Yates M.R., Canno C., Koelher R.E.: *Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes*. Gastr Endosc, 1998, 47(3):277-286.
- 18) Arnell T., Stamos M.j., Takahashi P., Ojha S., Sze G., Eysselein V.: *Colonic stents in colorectal obstruction*. Am Surg, 1998 Oct, 64(10):986-8.

*Autore corrispondente:*

Prof. Silvio MESSINETTI  
Via Aldrovandi, 11  
00197 ROMA  
Tel. 06-4453725