



Le occlusioni intestinali non neoplastiche



Ann. Ital. Chir., LXXIV, 4, 2003

P. Perris, A. Misella*

Seconda Università di Napoli
Dipartimento Universitario di Scienze Anestesiologiche
Chirurgiche e dell'Emergenza
VI Divisione di Clinica Chirurgica Generale e d'Urgenza
*Servizio di Emergenze Chirurgiche

Le occlusioni intestinali meccaniche rappresentano una delle principali cause per un intervento chirurgico d'urgenza.

Escludendo il primo tratto del tubo digerente, possiamo classicamente suddividere il canale alimentare in due grossi distretti: a) digiuno-ileo; b) colon-retto.

Il piccolo intestino è maggiormente esposto ad una evenienza occlusiva, con una percentuale oscillante fra il 65 ed il 70% delle osservazioni, mentre il colon-retto presenta una occlusione meccanica nel restante 30-35% di tutte le occlusioni.

Tali percentuali, però, si invertono se si considera l'etiologia non neoplastica. Infatti, il digiuno-ileo va incontro ad una occlusione tumorale in circa il 14% dei casi, mentre il colon-retto presenta questa complicanza in circa il 70% delle osservazioni.

Nelle Tabelle I e II sono riportate schematicamente tutte le cause di occlusione, con le loro incidenze percentuali.

Classicamente possiamo suddividere le cause di occlusione a seconda che questa sia determinata da un corpo che occlude il lume intestinale – intraluminale – (Tab. III); che interessi la parete dell'intestino – intramurale – (Tab. IV); che agisca esternamente al tubo digerente – extramurale – (Tab. V).

Relazione alla "Tavola Rotonda" sulle occlusioni intestinali.
30° Congresso Nazionale della Società di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma.
Milano, 21 - 23 Novembre 2002
Pervenuto in redazione il 4 Dicembre 2002

Abstract

NON-NEOPLASTIC BOWEL OCLLUSIONS

In the last ten years etiology's frequency of non-neoblastic bowel occlusions has changed.

Headway against occlusions percentage decreasing due to post-operative stenosis, hernial strangulation, adhesional bridles, etc., mechanical ileus observations increase in percentage round about 20%, as colon acquired diverticulitis complications.

This is essentially due to the mean survival increasing in the whole occidental world and, particularly, in Italy.

Therefore, we have to expect an increase of this kind of occlusion that presents, for his characteristics, a moderate diagnostic etiological pre-and intra-operative difficulty.

This diagnostic doubt can afford a destroyer intervention, with a useless lymphadenectomy, more than needful with morbidity and mortality increasing.

Key words: Bowel occlusion, colon diverticulitis.

L'occlusione intraluminale, già non frequente per il passato, è oggi divenuta rara. È eccezionale, ormai, l'osservazione di bezoari o di infestazioni parassitarie, che comportino questa patologia.

Le patologie della parete, insieme alle forme extramurali, invece, mantengono le loro alte percentuali, anche se

Tab. I – OCCLUSIONE INTESTINALE

Digiuno ileo:	65-70%
• aderenze	50%
• ernie esterne	16%
• neoplasie	14%
• volvolo	5%
• ernie interne	3%
• intussuscezione	2%
• altre	10%

Tab. II – OCCLUSIONE INTESTINALE

<i>Colon</i>	30-35%
• neoplasie	65-75%
• diverticolite	8-20%
• volvolo	5%
• altre	10%

Tab. IV – OCCLUSIONE INTESTINALE

<i>Intramurale patologia della parete</i>	
• neoplastica	• invaginazione
• ↑ infiammatoria (diverticolite, Crohn, r.c.u.)	• post-attiniche
• ↓ post-operatoria (stenosi anastomotica)	• congenita
	• endometriosi

estrapolate dal totale le singole cause, queste dimostrano una variazione delle frequenze.

Tralasciando le forme neoplastiche, che esulano da questa trattazione, osserviamo che l'ileo post-operatorio, determinato in genere, da stenosi post-anastomotiche o da briglie aderenziali, si presenta in percentuali minori che nel passato.

Ciò, sia per le migliorate tecniche chirurgiche, sia per l'uso, ormai abitudinario di suturatrici meccaniche, sia, infine, per l'impiego intraoperatorio di materiali antiaderenziali, che prevengono o almeno limitano tali inconvenienti. Inoltre, meno frequenti sono oggi gli strozzamenti di ernie esterne, per la migliorata educazione sanitaria e per la facilità della correzione chirurgica.

Al contrario le complicanze delle patologie infiammatorie e post-infiammatorie dell'intestino tendono percentualmente ad aumentare.

Le altre cause, più rare, invaginazione, post-attiniche, volvolo, ecc., mantengono la loro frequenza.

Le forme infiammatorie sono riconducibili, essenzialmente a due famiglie: le autoimmuni (morbo di Chron, rettocolite ulcerosa) e le acquisite (diverticolite).

Ma, mentre l'incidenza delle prime è rimasta, negli ultimi 20 anni, pressoché invariata, le seconde hanno subito un notevole incremento.

L'epidemiologia della diverticolosi colica (Tab. VI) è tale che dopo i 70 anni circa il 60% della popolazione è portatore di questa affezione, questa percentuale aumenta fin quasi all'80% nei soggetti ultraottantenni.

Poiché l'aspettativa di vita, negli ultimi anni in Italia, che è fra i paesi più longevi del mondo, è arrivata a 78 anni per gli uomini e a 82 anni per le donne, è evidente come un numero sempre maggiore di soggetti andrà incontro a questa evenienza. Ciò è confermato dalla letteratura.

Tab. III – OCCLUSIONE INTESTINALE

<i>Intraluminale da corpo occludente</i>	
• ileo biliare	• enteroliti
• benzoari	• parassiti
• corpi estranei	• fecalomi

Tab. V – OCCLUSIONE INTESTINALE

<i>Extramurale patologia esterne alla parete</i>	
• post-operatoria	• gravidanza
• ↑ post-infiammatoria (aderenza da diverticolite, ecc.)	• compasso aorto-mesenterico
• ↓ ernie esterne, interne	• pancreas anulare
• ascessi, ematomi	• volvolo

Tab. VI – EPIDEMIOLOGIA DIVERTICOLOSI

40-50%	dopo	60 anni
50-60%	dopo	70 anni
60-80%	dopo	80 anni

Se Peracchia e Dionigi denunciavano, nel 1989 e nel 1992, rispettivamente un 4% ed un 7% di occlusioni da diverticolite, Mc Kellar (1999), Celi (2002) e Cavallaro (2002), a distanza di circa dieci anni, dichiarano percentuali quasi triplicate, fra il 18% ed il 22% (Tab. VII).

La sintomatologia della diverticolosi è ben conosciuta e, spesso, viene confusa con la sindrome del colon irritabile, che, molte volte invece, nasconde una iniziale complicità diverticolitica (Tab. VIII).

Tab. VII – OCCLUSIONE INTESTINALE MECCANICA DA DIVERTICOLITE

• Peracchia	1989	4%
• Dionigi	1992	7%
• McKellar	1999	20%
• Celi	2002	18%
• Cavallaro	2002	22%

Tab. VIII – SINTOMATOLOGIA DIVERTICOLOSI

• assente
• flatulenza
• dolori addominali vaghi
• stipsi
• diarrea

Diverse sono state, negli anni, le classificazioni della diverticolosi e della diverticolite, riteniamo che quella di Biancalana (1961), con qualche piccola modifica, sia ancora la più valida (Tab. IX).

La diverticolite, in circa il 40% dei casi, secondo le casistiche più recenti, da luogo ad una complicanza grave (Tab. X e XI).

Anche in questo caso le osservazioni più recenti mettono in luce una variazione percentuale rispetto al passato, in particolare sembrano diminuire le complicanze emorragiche a favore di quelle occlusive. Ciò può essere spiegato dal fatto che l'arresto del transito intestinale può essere determinato sia da un "tumore infiammatorio pseudoneoplastico", sia da "stenosi cicatriziale ostruttiva", sia da strozzamento o volvolo su base aderenziale post infiammatoria (Tab. XII e XIII).

La diagnosi etiologica di occlusione da diverticolite è quanto mai disagevole, poiché non esiste alcun segno patognomonico o che possa dirimere i dubbi di una diagnosi differenziale.

Nemmeno la diagnosi strumentale ci viene in soccorso, ma, spesso, solo l'esame istologico può dirimere il dubbio diagnostico.

La terapia, ormai ben codificata, comprende la resezione-anastomosi del tratto colico interessato, di prima scelta, o, in alternativa, il classico intervento di Hartmann, o una più semplice colostomia, regolando l'intervento sulle condizioni generali e locali del paziente.

La nostra casistica, degli ultimi cinque anni, è riassunta nelle Tabelle XVI e XVII, che non meritano particolari commenti, se non quello che mai è stata posta diagno-

Tab. IX – CLASSIFICAZIONE DIVERTICOLITE
(Biacalana modificata)

- acuta semplice o catarrale
- acuta flemmonosa
- acuta ulcerosa
- cronica

Tab. X – SINTOMATOLOGIA DIVERTICOLITE ACUTA

- | | |
|--|--------------------------|
| • dolore localizzato | • febbre |
| • leucocitosi | • alterazioni alvo |
| • nausea-vomito | • nausea-vomito |
| • contrattura addominale | • distensione addominale |
| • alterazione della funzione vescicale | • ematochezia |

Tab. XI – EPIDEMIOLOGIA DIVERTICOLITE E COMPLICANZE

- | | |
|--------------------------|--------|
| • pauci sintomatica | 60% |
| • sintomatica | 15-25% |
| • occlusione | 15-22% |
| • emorragia | 7-19% |
| • perforazione e fistole | 5-10% |

Tab. XII – DIVERTICOLITE CRONICA: COMPLICANZE

- | | | |
|---|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • emorragia • tumore infiammatorio (pseudoneoplastico) • stenosi cicatriziale | } | occlusione |
| <ul style="list-style-type: none"> • fistolizzazione viscerale o parietale • compressione dell'uretere | | |

Tab. XIII – OCCLUSIONE INTESTINALE DA DIVERTICOLITE

- infiammatoria acuta (colica e/o pericolica): ileo paralitico, peritonismo
- infiammatoria cronica (stenosi fibrosi ostruttiva): subocclusione ingravescente, occlusione
- strozzamento o volvolo (da aderenze o briglia): occlusione acuta

si pre-operatoria di occlusione da diverticolite, e che una sola volta è stato eseguito l'esame endoscopico, che, per altro, non ha dato alcuna indicazione dirimente.

Inoltre, vogliamo sottolineare che solo due volte su sei abbiamo potuto fare diagnosi intra-operatoria, mentre nella maggior parte dei casi solo la risposta istologica ha stabilito la verità.

In conclusione, possiamo affermare che la patologia diverticolare acquisita del colon è divenuta, per l'innalzamento dell'età media, una malattia molto diffusa. Quasi il 90% nella VII – VIII decade di vita.

Conseguentemente aumentano le complicanze di questa patologia (mentre diminuiscono, per le migliorate condizioni socio-economiche e per un perfezionamento delle tecniche chirurgiche, quelle delle altre patologie non neoplastiche), fra queste l'occlusione occupa un posto non irrilevante. Fino al 22% dei casi.

Tab. XIV – DIAGNOSI CLINICA

- età
- abitudini alimentari
- uso e/o abuso di lassativi
- storia clinica
- esame obiettivo

Tab. XV – DIAGNOSI STRUMENTALE

- Rx addome
- acografia addominale
- clisma opaco (bassa pressione)
- TAC
- retto-sigmoido-colon-scopia (?)
- esame istologico preoperatorio

Tab. XVI – CASISTICA

Età	Diagnosi clinica	Rx	Endoscopia
72 (M)	Ca	Diverticolite stenosi DNDD	no
91 (F)	Ca	idem	diverticolite, stenosi non valutabile
86 (M)	Ca	idem	no
81 (M)	Ca	idem	no
75 (M)	Ca	idem	no
78 (F)	Ca	idem	no

Tab. XVII – CASISTICA

Diagnosi intra operatoria	intervento	diagnosi istologica	risultato
Strozzamento su briglia, diverticolite	Colectomia sin., anastomosi	Diverticolite	Guarigione
Ca	Colectomia dx, anastomosi	Tumore infiammatorio diverticolare	Guarigione
Ca	Hartman	Tumore infiammatorio diverticolare	Exitus
Ca	Ciecostomia	Tumore infiammatorio diverticolare	Guarigione
Strozzamento di ansa, diverticolite	Resezione anastomosi ansa ileale, colectomia sin., anastomosi	Diverticolite	Guarigione
Ca	Hartman	Tumore infiammatorio diverticolare	Guarigione

Una delle maggiori difficoltà è rappresentata dalla diagnosi differenziale della etiologia, pre ed intra operatoria.

Ciò può comportare un intervento demolitivo maggiore del necessario, con una inutile linfadenectomia, con aggravamento della morbilità e mortalità.

Per tutto ciò sarebbe auspicabile la messa a punto di linee guida e di un protocollo terapeutico in modo da poter intervenire prima dell'istaurarsi della complicità occlusiva.

Riassunto

La frequenza delle etiologie delle occlusioni intestinali non neoplastiche è cambiata negli ultimi dieci anni.

A fronte di una diminuzione percentuale delle occlusioni dovute a stenosi post-operatoria, a strozzamento erniario, a briglie aderenziali, ecc., aumentano percentualmente le osservazioni di ileo meccanico come complicità di una diverticolite acquisita del colon, 20% circa.

Ciò è dovuto, essenzialmente, all'aumento della sopravvivenza media in tutto il mondo occidentale ed, in particolare, in Italia.

Dobbiamo, quindi, aspettarci un incremento di questo tipo di occlusione che presenta, per le sue caratteristiche, una discreta difficoltà di diagnosi etiologica pre ed intra operatoria.

Questa incertezza diagnostica può comportare un intervento demolitivo, con una inutile linfadenectomia, maggiore del necessario, con aggravamento della morbilità e mortalità.

Parole chiave: Occlusione intestinale, diverticolite del colon.

Bibliografia

- 1) Biancalana L., Barsotti P.C., Paletto A.E.: *Diverticolosi e diverticolite del colon*. Arch Atti 63° Congr Soc It Chir, p. 583, Torino, 1961.
- 2) Cavallaro A., Loschiavo V., Potenza A. E., Modugno P. et al: *La malattia diverticolare: complicanze e trattamenti*. Chir Ital, 54, 5, 2000, 2002.
- 3) Celi D., Biasiato R., D'Amico C., Danek R. et al: *La diverticolosi del colon: complicanze di interesse chirurgico*. Chir Ital, 54, 3, 2000, 54, 3, 2002.
- 4) Dionigi R.: *Chirurgia*. Ed Masson, Milano, 1992.
- 5) Ellit T.B., Yego S., Irvin T.T.: *Five-year audit of the acute complications of diverticular disease*. Br J Surg, 84, 1997.
- 6) McKellar D.P., Reilung R.B., Eiseman B.: *Prognosis and outcomes in surgical disease*. Ed QMP, Sant Luis, 1999.
- 7) Parks T.G.: *Natural history of diverticular disease of the colon*. Clin Gastroenterol, 4, 1975.
- 8) Peracchia A., Violi V., Roncoroni L.: *Diverticolite acuta del colon: strategia terapeutica*. Arch Atti 91° Congr Soc It Chir, Genova, 1989.
- 9) Pesce G., Acampa G., Di Palma R., et al: *La malattia diverticolare del colon: inquadramento, aspetti clinici e relative indicazioni terapeutiche*. Ital Rev Med Sur Res, 2, 3, 1994.
- 10) Selli M., Mosca F., Arganini M.: *La diverticolosi complicata del colon*. Arch Atti 86° Congr Soc It Chir, Roma, 1984.
- 11) Stolman L.B., Raptopoulos V., Silen W.: *Acute diverticulitis*. N Engl J Med, 338, 1998.

Autore corrispondente:

Prof. Paolo PERRIS
 Seconda Università di Napoli
 Dipartimento Universitario
 di Scienze Anestesiologiche Chirurgiche
 e dell'Emergenza
 VI Divisione di Clinica Chirurgica
 Generale e d'Urgenza
 Via Pansini, 5
 80131, NAPOLI