

Indicazioni alla colectomia profilattica nella malattia diverticolare



Ann. Ital. Chir., LXIX, 4, 1998

P. CARCOFORO, G. NAVARRA, A. SARTORI, T. ROCCA, E. POZZA, I. DONINI

Università degli Studi di Ferrara
Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica
Direttore: Prof. Ippolito Donini

Introduzione

La malattia diverticolare può essere definita come una patologia carenziale del XX secolo, caratteristica dei paesi industrializzati. Questa malattia infatti, reperto presoché eccezionale prima del 1920, tanto da non essere citata come entità nosologica nei principali libri di testo, è divenuta sempre più frequente. (1, 2, 3, 4).

Gli studi epidemiologici e statistici confermano il significativo incremento dell'incidenza della malattia: ciò è correlabile all'aumento dell'età media della popolazione, al cambiamento delle abitudini di vita (in particolare al passaggio da una dieta ricca di scorie ad una dieta povera di scorie) ed inoltre al diffondersi delle metodiche di screening per i tumori del colon che hanno permesso la diagnosi di molte diverticolosi asintomatiche prima misconosciute (5, 6).

La distribuzione geografica ed etnica della diverticolosi è eterogenea, infatti alla elevata incidenza della malattia nei paesi più industrializzati si contrappone la rarità di comparsa in paesi meno industrializzati come l'Africa e l'Asia, a conferma del fatto che sono più i fattori ambientali e dietetici che non quelli di ordine genetico a concorrere nel determinismo della malattia.

I diverticoli si riscontrano in circa il 5%-7% degli esami contrastografici del colon e la loro frequenza aumenta proporzionalmente all'età: rari prima dei 31 anni, si manifestano con un'incidenza del 25%-40% dopo i 51 anni, fino ad arrivare al 60%-70% dopo gli 80 anni (1, 4).

Nel 50% dei casi i diverticoli hanno sede unicamente nel sigma, nell'80% dei casi il sigma viene coinvolto insieme al colon discendente, più rare sono le localizzazioni nei restanti tratti colici.

Abstract

INDICATIONS TO PREVENTIVE COLECTOMY IN COLON DIVERTICULAR DISEASE

Still controversial is the role of surgery in symptomatic colon diverticular disease, outside the major complications.

In such circumstances the surgeon has to comfort himself with diagnostic and then with operative choices, and also the preventive colectomy has to be considered.

To make a correct decision very important is the global evaluation of the patient, for age, sex life habits, other existing pathologies, general condition. Also unsolved doubt for a neoplastic evolution has its worth.

Key words. Colectomy in diverticular disease.

Riassunto

È ancora controverso il ruolo della chirurgia nella malattia diverticolare sintomatica del colon, al di là di complicanze maggiori. In tali circostanze il chirurgo deve essere confortato da scelte diagnostiche ed in seguito operatorie ed anche la colectomia profilattica deve essere considerata.

Per prendere una decisione corretta è molto importante la valutazione globale del paziente, l'età, le abitudini sessuali, altre patologie esistenti, le condizioni generali. Ha la sua importanza, tuttavia, un dubbio insoluto per un'eventuale evoluzione neoplastica.

La presenza di diverticoli nel colon rappresenta una condizione di per sé predisponente l'insorgenza di complicanze, fra le quali, quelle flogistiche, configuranti il quadro clinico della diverticolite, sono le più frequenti. Fortunatamente la diverticolite si manifesta nel 25% dei pazienti affetti da diverticolosi e di questi ultimi solo il 20% necessita di una terapia chirurgica (7, 8, 9).

La diverticolosi del colon nella maggioranza dei casi rimane allo stato subclinico, anche per tutta la vita, caratterizzata da modesta dolenzia addominale e saltuaria irregolarità dell'alvo, e costituisce un reperto occasionale nel corso di indagini radiologiche (Foto 1) (10).

Allorquando la diverticolosi inizia ha dare segni di sé, con la comparsa della sintomatologia addominale, si parla di malattia diverticolare che secondo la classificazione



Foto n. 1: diverticolosi del colon asintomatica.

proposta da Torsoli può essere suddivisa in tre stadi clinici (11):

- il primo stadio, “sintomatico”, è caratterizzato da salutarî dolori addominali, meteorismo, alterazioni dell’alvo;
- il secondo stadio, “conclamato”, vede la comparsa di episodi diverticolitici;
- il terzo stadio, “complicato”, si manifesta con stenosi, perforazioni, fistolizzazioni ed emorragie, ed ha come indicazione elettiva l’esecuzione dell’intervento chirurgico.

La conoscenza della molteplicità dei quadri clinici e della variabilità della sintomatologia soggettiva, espressione dei diversi stadi evolutivi della malattia, consente di impostare una terapia razionale ed efficace, sia di tipo medico-dietetico che chirurgico.

Strategie chirurgiche

Vi è perfetto accordo fra gli Autori nel ritenere che non vi sia alcuna indicazione al trattamento chirurgico delle forme asintomatiche che sono pertanto di assoluta pertinenza medica (12, 13, 14, 15). È ugualmente scontata la necessità di riservare un trattamento eminentemente chirurgico a quei pazienti che si presentano con quadri clinici già complicati della malattia (16, 17, 18, 19, 20).

Al contrario rimane ancora attuale e controverso il problema del trattamento della malattia diverticolare sintomatica e conclamata ed è pertanto di fondamentale importanza chiarire il ruolo che il chirurgo svolge sia nella diagnostica differenziale che soprattutto nella scelta della strategia terapeutica (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27).

Ancor più dibattuta è infine la questione relativa all’esecuzione della colectomia a scopo profilattico nella malattia diverticolare (24, 25, 26).

La risoluzione del problema deve nascere dall’analisi dei risultati riguardanti le percentuali di morbilità e morta-

lità della malattia e dall’analisi dei risultati del follow-up volto ad identificare quali siano le lesioni di significato prognostico sfavorevole.

La decisione di effettuare una resezione di elezione deve essere presa caso per caso e dipende da molti fattori che comprendono l’età del paziente, le condizioni generali, la sua presumibile sopravvivenza, la gravità dell’episodio flogistico e la risposta al trattamento medico-dietetico. Si deve inoltre valutare il grado di interessamento di altri apparati quali ad esempio quello urinario, il grado e l’estensione delle alterazioni segmentarie dimostrate negli esami contrastografici e l’entità della compromissione funzionale motoria del tratto di colon patologico e soprattutto escludere l’esistenza di una neoplasia (18, 19, 24, 25).

L’età ed il sesso del paziente sono fattori discriminanti in quanto influenzano il segmento di colon interessato e quindi anche quale porzione di esso si deve resecare; al di sopra dei 50 anni la malattia diverticolare colpisce più frequentemente le donne, mentre al di sotto dei 50 anni si manifesta più frequentemente negli uomini.

Gli studi prospettici dimostrano che proprio in questi ultimi si riscontrano le forme più gravi della malattia: nei maschi la diverticolosi si estende ad un livello più distale rispetto alla riflessione del peritoneo pelvico che anatomicamente è più alta nella pelvi maschile che in quella femminile e più frequentemente si accompagna alla diffusione nei tessuti retroperitoneali tanto da far sorgere il sospetto dell’esistenza di una neoplasia retroperitoneale. Nei pazienti maschi, più giovani, al di sotto dei 55 anni, dovrebbe essere asportato un tratto più lungo di colon e potrebbe essere necessario, a causa dell’estensione della malattia, ampliare la resezione fino ad asportare l’intero colon.

Il criterio guida è quindi quello di estendere la resezione oltre il segmento di colon ispessito e retratto fino ad avere un colon normale per l’anastomosi (28, 29).

In questi pazienti, in virtù della lunga prospettiva di vita, della maggior diffusione ed estensione della malattia, dell’aumentato rischio di complicanze ed anche del possibile seppur raro rischio di sovrapposizione neoplastica, l’indicazione alla resezione colica in elezione ha un suo ben preciso e chiaro fondamento profilattico.

L’approccio al trattamento del paziente con malattia diverticolare che riferisce anamnesticamente un episodio diverticolitico, prevede due fasi di trattamento: una prima fase in cui si intraprende una adeguata terapia medica e si interviene nel correggere le abitudini alimentari; là dove non si evidenzia una significativa risposta clinica alla terapia medica e alla correzione dietetica, ed il paziente riferisce episodi di diverticolite acuta recidivanti, si deve necessariamente valutare l’indicazione ed il reale beneficio della terapia chirurgica resettiva a fini preventivi (13, 14, 15, 25, 26, 29).

Un atteggiamento astensionistico ed attendista, vantaggioso per quei quadri di diverticolite limitata, senza grave contaminazione batterica, è da preferirsi solo perché

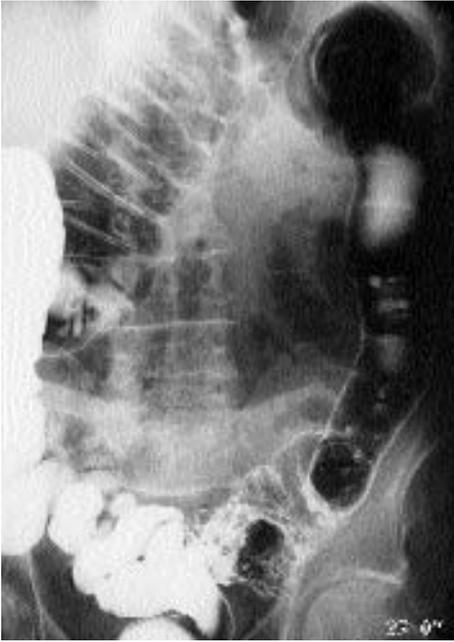


Foto n. 2: quadro radiologico di malattia diverticolare sintomatica.

molto spesso ci si trova di fronte a pazienti anziani, per lo più con colon non adeguatamente preparato, che condizionerebbe il confezionamento di una stomia temporanea, e con malattie concomitanti sistemiche ad alta morbilità e mortalità.

Quando però l'età, la speranza di vita e le condizioni generali lo consentano, diviene imprescindibile eseguire l'intervento chirurgico profilattico, proprio per evitare l'insorgenza di gravi complicanze che richiederebbero comunque l'esecuzione dell'intervento chirurgico di urgenza, gravato da ben più alti rischi e da una significativa percentuale di mortalità perioperatoria e postoperatoria.

Il grado e l'estensione delle alterazioni morfologiche evidenziate dagli esami contrastografici (Foto 2), ma soprattutto l'entità della compressione funzionale motoria del colon devono condizionare il chirurgo a proporre l'intervento chirurgico in elezione (25, 28, 29).

I recenti studi manometrici si sono dimostrati particolarmente utili nel quantificare il grado di compromissione funzionale del colon interessato dalla presenza di diverticoli ed hanno evidenziato differenze significative fra i pazienti affetti da diverticolosi asintomatica e quelli con diverticolosi sintomatica. Infatti mentre nei pazienti con diverticolosi asintomatica non si rilevano variazioni significative rispetto ai pazienti sani, nei pazienti con malattia diverticolare sintomatica si registra un incremento significativo delle pressioni endoluminali, uno stato di discinesia grave e soprattutto l'aumento degli indici di motilità elettromanometrici sia basali che postprandiali (4, 30, 31).

Ciò è suggestivo del fatto che questi pazienti sono esposti ad un rischio significativamente aumentato di complicanze: ecco pertanto che l'approccio chirurgico in elezione a scopo profilattico trova in questi casi una delle sue più valide giustificazioni.

In ultimo ma non per ultimo deve essere dipanato ogni dubbio circa l'esistenza di una neoplasia del colon: per la diagnosi differenziale ci si avvale delle informazioni desunte dall'analisi dei quadri radiologici; la neoplasia si rende evidente come un difetto di riempimento limitato ad un breve tratto di colon, senza disegno mucoso di pliche e raramente si riscontra la presenza di tramiti fistolosi.

La diverticolite invece si rende evidente come una deformazione cronica, allungata, ristretta, sollevata in pliche ed accompagnata dal frequente riscontro di fistole, soprattutto a carico dell'apparato urinario (18, 19).

L'esame endoscopico di complemento può ulteriormente



Foto n. 3: quadro intraoperatorio di malattia diverticolare sintomatica; sussiste l'indicazione alla colectomia profilattica.



Foto n. 4: esempio di resezione del sigma per malattia diverticolare conclamata.

Tab. I – CASISTICA PERSONALE: INCIDENZA DELLA DIVERTICOLOSI NEI DUE SESSI

	%	n. casi
Sesso Maschile	53	37
Sesso Femminile	47	33

Tab. II – CASISTICA PERSONALE: INCIDENZA DEI CASI DI DIVERTICOLOSI COMPLICATA E NON COMPLICATA

	%	n. casi
Diverticolosi non complicata	37	26
Diverticolosi complicata	63	44

Tab. III – CASISTICA PERSONALE: INCIDENZA DEI QUADRI DI DIVERTICOLOSI ASSOCIATA A NEOPLASIA DEL COLON

	%	n. casi
Diverticolosi isolata	61	43
Diverticolosi associata a neoplasia	39	27

Tab. IV – CASISTICA PERSONALE: INCIDENZA DELLE DIVERSE LOCALIZZAZIONI DELLA DIVERTICOLOSI

	%	n. casi
Sigma	64	45
Diffusa	21	15
Retto	6	4
Colon discendente	6	4
Colon ascendente	3	2

Tab. V – CASISTICA OPERATORIA

	Elezione	Urgenza
Resezione primaria con anastomosi	39 (89%)	5 (19%)
Colectomia totale	3 (7%)	1 (4%)
Intervento di Hartmann	2 (4%)	20 (77%)
Complicanze	–	3 (11%)
Mortalità post-operatoria	–	2 (8%)
Mortalità a distanza	11 (25%)	7 (27%)

derimere i dubbi diagnostici, rivelando la presenza di tasche o di diverticoli ben visibili con flogosi marcata peridiverticolare; non vi è infine riscontro di lesioni ulcerate, caratteristiche del carcinoma (1, 24).

Esperienza personale

Dal 1970 a tutt'oggi nell'Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica dell'Università di Ferrara sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per malattia diverticolare del colon 70 pazienti (Tab. I). In 26 casi è stata posta diagnosi di diverticolosi complicata ed in 44 casi di diverticolosi sintomatica o conclamata (Tab. II) (Foto 3 e Foto 4); in 27 casi è risultata associata una neoplasia del colon (Tab. III). La diverticolosi era nella maggior parte dei casi localizzata a livello del sigma o interessava diffusamente il colon, raramente i restanti tratti colici (Tab. IV).

Sono stati eseguiti 44 interventi in elezione e 26 interventi d'urgenza (Tab. V).

In elezione sono stati eseguiti 39 interventi di resezione primaria con anastomosi in unico tempo, 3 interventi di colectomia totale e 2 interventi sec. Hartmann, ciò a conferma del fatto che la diverticolosi, anche se clinicamente non complicata, a causa degli episodi recidivanti di diverticolite, può determinare un così grave stato flogistico da rendere rischiosa l'esecuzione dell'intervento di resezione con anastomosi in unico tempo.

Oggi grazie all'introduzione della chirurgia videoassistita è possibile eseguire con maggior serenità l'intervento di Hartmann, dal momento che il successivo tempo operatorio di ricanalizzazione può essere realizzato con metodica videoassistita. In passato infatti il 40% dei pazienti sottoposti ad intervento di Hartmann non venivano poi candidati al secondo tempo operatorio di ricanalizzazione, in quanto trattandosi spesso di pazienti anziani, in condizioni cardiorespiratorie critiche, non conveniva esporli al rischio chirurgico di una nuova laparotomia. La ricanalizzazione con tecnica videoassistita si accompagna ad un minor rischio chirurgico, ad una più rapida ripresa delle funzioni gastrointestinali, ad una riduzione del dolore postoperatorio e quindi dei tempi di allettamento (32, 33, 34, 35).

In urgenza sono stati eseguiti 20 interventi sec. Hartmann, 1 intervento di colectomia totale, 5 soli interventi di resezione primaria con anastomosi in unico tempo.

Risultati

Dei 42 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in elezione solo in 3 casi si è registrata una persistenza della sintomatologia algica addominale, mentre non si sono registrate complicanze postoperatorie maggiori. A tutt'oggi 11 pazienti sono deceduti, ma in tutti la diver-

Tab. VI – INDICAZIONE ALLA COLECTOMIA PROFILATTICA NELLA MALATTIA DIVERTICOLARE

Pazienti giovani, di età < 55 aa, in buone condizioni generali e con lunga prospettiva di vita
 All'anamnesi episodi ricorrenti di diverticolite refrattari alla terapia medica e dietetica
 Segni radiologici di ostruzione o di fistolizzazione Tracciati elettromanometrici ipertensivo-discinetici ed indici di motilità intestinale aumentati
 Sospetto dell'esistenza di una neoplasia del colon

ticolosi era associata a neoplasia del colon.

Fra i 26 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico d'urgenza sono state registrate 2 deiscenze dei monconi rettali ed 1 deiscenza dell'anastomosi colo-rettale, trattata con successo mediante nutrizione parenterale totale. Sono deceduti 2 pazienti nell'immediato postoperatorio, 1 per complicanze chirurgiche l'altro per complicanze respiratorie, e 7 pazienti a distanza: tutti i pazienti erano anche affetti da neoplasia colica.

Conclusioni

Confrontando i risultati della nostra esperienza chirurgica ed i risultati descritti in Letteratura, si può concludere evidenziando come sia raccomandabile eseguire la colectomia profilattica per malattia diverticolare del colon nei pazienti giovani, di età < 55 anni, con lunga prospettiva di vita, che anamnesticamente riferiscono episodi ricorrenti di diverticolite acuta refrattari alla terapia medico-dietetica, che presentano agli esami radiologici i segni di ostruzione o di fistolizzazione, che evidenziano agli esami funzionali elettromanometrici tracciati ipertensivo-discinetici ed indici di motilità intestinale significativamente aumentati ed infine per i quali non si è in grado di escludere la presenza di una neoplasia del colon (Tab. VI).

Bibliografia

- 1) Almy T.P., Howell D.A.: *Diverticular disease of the colon*. New Eng J Med, 4:324-331, 1980.
- 2) Corman M.L.: *Colon and rectal surgery*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1989.
- 3) Painter N.S.: *Diverticular disease of the colon: A disease of this century*. Lancet, 2:586-588, 1969.
- 4) Vecchioni R., Dalle Ore G.: *La diverticolosi del colon*. Riv It Colonproct, 12, 5-12, 1993.

- 5) Ellis H.: *Historical Aspects of Diverticula of the Colon*. Perspectives in Colon and Rectal Surgery, 4, 1:161-177, 1991.
- 6) Rothenberger D.A.: *Diverticular Disease*. Perspectives in Colon and Rectal Surgery, 6, 1:21-45, 1993.
- 7) Peracchia A., Violi V., Roncoroni L.: *La diverticolite acuta del colon: strategia terapeutica*. Atti della Soc. Italiana di Chirurgia, Genova 1989, Vol. 1140-155.
- 8) Schwerk W.B., Schwarz S., Rothmund M.: *Sonography in acute colonic diverticulitis. A prospective study*. Dis Colon Rectum, Nov, 35(11):1077-1084, 1992.
- 9) Rossi R., Danelli P.G.: *Attualità diagnostiche e terapeutiche nella malattia diverticolare del colon*. Atti della Società Italiana di Chirurgia, Roma Ottobre 1990.
- 10) Torsoli A.: *Inquadramento nosografico della malattia diverticolare del colon*. Atti Soc Ital Chir, Bari 1975.
- 11) Parks T.G.: *Natural history of diverticular disease of the colon*. Clin Gastroenterol, 4:36, 1975.
- 12) Papi C., Camarri E.: *Non-absorbable antibiotics in the treatment of diverticular disease of the colon*. Ital J Gastroenterol, 24:19-22, 1992.
- 13) Brodribb A.J.M.: *Treatment of symptomatic Diverticular disease with a high-fibre diet*. Lancet, 1:664-666, 1977.
- 14) Burkitt D.P., Walker A.R.P., Painter N.S.: *Effect of dietary fibre on stools and transit times, and its role in the causation of disease*. Lancet, 2:1408-1412, 1972.
- 15) Hiland J.M.P., Taylor I.: *Does a high fibre diet prevent the complication of diverticular disease?* Br J Surg, 67:77-79, 1980.
- 16) Pappalardo G.: *Il nostro attuale orientamento nella terapia chirurgica della malattia diverticolare del colon*. Minerva Chir, 44:609-612, 1989.
- 17) Krukonski Z.H., Matheson N.H.: *Emergency surgery for diverticular disease complicated by generalized and fecal peritonitis. A review*. Br J Surg, 71:921-927, 1984.
- 18) Colcock B.P., Stahmann F.D.: *Fistulas complicating diverticular disease of the sigmoid colon*. Ann Surg, 175:838-846, 1972.
- 19) Mileski W.J., Joehl R.J., Regc R.V., Nahrwold D.L.: *One-stage resection and anastomosis in the management of colovesical fistula*. AM J Surg, 153:75-79, 1984.
- 20) Kronborg O.: *Treatment of perforated sigmoid diverticulitis: a prospective randomized trial*. Br J Surg, 80(4):505-507, 1993.
- 21) Moreaux J.: *Sigmoid diverticular diseases: surgical treatment*. Ann Gastroenterol, 28(3):141-144, 1992.
- 22) Schoetz D.J.: *Uncomplicated diverticulitis. Indications for surgery and surgical management*. Surg Clin North Am, 73(5):965-974, 1993.
- 23) Ngoi S.S., Chia J., Goh M.Y., Sim E., Rauff A.: *Surgical management of right colon diverticulitis*. Dis Colon Rectum, 35(8):799-802, 1992.

- 24) Stefansson T., Ekblom A., Sparen P., Pahlman L.: *Increased risk of left sided colon cancer in patients with diverticular disease*. Gut, 34(4):499-502, 1993.
- 25) Milamo R.: *Diverticulitis of the colon: role of surgery in preventing complications*. Ann Chir Gynaecol, 56(12):788-791, 1990.
- 26) Levien D.H.: *Safe resection for diverticular disease of the colon*. Dis Colon Rectum, 32:30-32, 1989.
- 27) Alanis A.: *Primary resection and anastomosis for treatment of acute diverticulitis*. Dis Colon Rectum 32(11):933-939, 1989.
- 28) Gallagher D.M., Russel T.R.: *Trattamento chirurgico della malattia diverticolare*. La Clinica Chirurgica del Nord America, 11(2):338-347, 1979.
- 29) Byrne J.J., Hennessy V.L.: *La diverticolite del colon*. La Clinica Chirurgica del Nord America, 5(4):1074-1083, 1973.
- 30) Cortesini C., Pantaleone D.: *Usefull of colonic Motility Study in identify patients at risk for complicated diverticular disease*. Dis Colon Rectum, 34(4):339-342, 1991.
- 31) Cagliani P., Trivellini G., Cortese L., Danelli P.G.: *Quadri elettromanometrici nella malattia diverticolare del colon oggi: indicazioni attuali all'intervento di miotomia*. Free Papers in full, VI, 123-127, XXVI World Congress Intern Coll. of Surgeons, Milano 1988.
- 32) Phillips E.H., Franklin M., Carroll B.J., Fallas M.: *Laparoscopy colectomy*. Ann Surg, 216(6):703-707, 1992.
- 33) Criado F.J., Wilson T.H. jr.: *Technique for reestablishing continuity after the Hartmann operation*. Am Surg, 47:366-367, 1981.
- 34) Colizzi C., Giuliani L., Nervi M.: *L'intervento di Harimann nella diverticolite acuta del colon. Indicazioni e note di tecnica in funzione della ricostruzione*. Atti della Soc Ital Chirur, Roma 1990.
- 34) Murray J.J., Schoetz D.J., Collier J.A.: *Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in nonelective colon resection*. Dis Colon Rectum, 34:527-531, 1991.

Autore corrispondente:

Prof. Ippolito DONNINI
Università degli Studi
Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica
Via della Giovecca, 203
44100 FERRARA