

Diverticolo digiunale perforato

Caso clinico



Ann. Ital. Chir., 2008; 79: 53-56

Guido Basile, Antonino Buffone, Giuseppe Boscarelli, Stefania Maria, Giuseppe Santagati, Antonio Corsaro, Ercole Cirino

Università degli Studi di Catania, Dipartimento di Chirurgia, Sezione di Chirurgia d'Urgenza e Generale, Catania

Perforated jejunal diverticulum. A case report

The Authors report on a case of a 69 years old woman with an acute peritonitis secondary to a perforated jejunal diverticulum, treated by laparotomy and intestinal resection with end-to-end anastomosis in one layer. The patient was dismissed after seven days, in good general conditions.

Jejunal diverticula occur in around 1% of general population. They are usually asymptomatic; sometimes they give origin to dyspepsia or acute manifestations. These are due to complications at the site of the diverticulum like bleeding, occlusion and acute infection with perforation and peritonitis, as occurred in our patient. The main risk in diverticular complications is to prolong the interval between admission of the patient and surgical treatment, favouring the initiation of hypovolemic or septic shock. For these reasons, in most recent years, C.T. and, in case of bleeding, capsule endoscopy, were used in the diagnostic pre-operative work-up.

The surgical technique is jejunal resection with direct anastomosis, leaving percutaneous drainage only for patients with an abscess, in poor general conditions for a narcosis.

KEY WORDS: Ileal perforation, Jejunal diverticulitis, Small bowel diverticula

Introduzione

La diverticolosi del digiuno è una patologia rara. Esaminando gli studi radiologici del tenue e i reperti autopatici, si è visto infatti che essa è presente nell'1% circa della popolazione generale con percentuali variabili dallo 0,02 al 7,1% a seconda delle diverse casistiche¹⁻⁴.

La prima descrizione in letteratura di un diverticolo digiunale si deve a Sommering e Ballie nel lontano 1794⁵. Gordnier e Sampson nel 1906 furono invece i primi ad eseguire una resezione intestinale per diverticolite del digiuno⁶, mentre fu di Case⁷ nel 1920 la prima identificazione strumentale di una diverticolosi digiunale, ottenuta con una radiografia con mezzo di contrasto.

I diverticoli digiunali colpiscono più gli uomini che le

donne, anche se la differenza non è significativa, ed i soggetti tra i 50 ed i 70 anni³. Sono in genere multipli (70% circa dei casi), e di dimensioni variabili da pochi millimetri ad alcuni centimetri, raggiungendo solo eccezionalmente i 10-12 centimetri di diametro. Considerando l'intestino tenue, essi sono più frequenti, più numerosi e di maggiori dimensioni nel digiuno piuttosto che nell'ileo⁸; solo nel 5% dei casi i diverticoli interessano l'intestino tenue nella sua totalità. Essi, inoltre, sono spesso associati alla presenza di altri diverticoli nel colon (35-75% dei casi) o nel duodeno (15-45% dei casi); più di rado è stata notata la contemporanea presenza di diverticoli a carico della vescica (12%), dell'esofago (2%) e dello stomaco (2%).

Da un punto di vista eziopatogenetico i diverticoli del digiuno sono in effetti dei pseudo-diverticoli, in quanto, attraverso i punti di minore resistenza rappresentati dalle sedi di penetrazione dei vasi retti, avviene l'estroffessione non di tutta la parete intestinale, ma solamente della mucosa e della sottomucosa. Per queste ragioni i diverticoli digiunali si trovano a livello del bordo mesenterico e sono considerati dei diverticoli acquisiti o

Pervenuto in Redazione Giugno 2007. Accettato per la pubblicazione Novembre 2007.

Per la corrispondenza Prof. Guido Basile, Via Odorico da Pordenone 5, 95128 Catania. e-mail: gbasile@unict.it

da pulsione, esattamente al contrario del diverticolo di Meckel, che è invece un diverticolo vero, congenito, con sede antimesenterica. Alcuni Autori⁹ sostengono inoltre che i diverticoli digiunali si formino in modo particolare nei soggetti con discinesia intestinale o alterazioni del plesso mioenterico.

La recente osservazione di un caso di peritonite acuta da diverticolo perforato del digiuno ci ha spinto ad approfondire, oltre l'eziopatogenesi, anche gli aspetti clinici, diagnostici e terapeutici di tale patologia, tenendo conto della letteratura scientifica disponibile su questo argomento.

Caso clinico

Circa sei mesi fa giunse alla nostra osservazione una donna di 69 anni con dolore addominale diffuso insorto alcune ore prima. L'alvo era chiuso a feci e gas, la temperatura corporea era lievemente febbrile. All'esame obiettivo dell'addome si notava contrattura di difesa, soprattutto a carico del mesogastrio e del fianco destro. Alla raccolta anamnestica risultava un intervento di colecistectomia eseguito tre anni prima ed un altro di isteroannessiectomia eseguito dieci anni prima. La paziente inoltre era in cura da alcuni anni per ipertensione arteriosa. Gli esami ematochimici pre-operatori evidenziavano solamente una leucocitosi neutrofila (13.800 globuli bianchi con 93,2% di neutrofili); l'elettrocardiogramma era normale, mentre la radiografia del torace mostrava una accentuazione del disegno polmonare, specialmente in sede basale, ed una salienza del terzo arco di sinistra dell'ombra cardio-vasale. La radiografia diretta dell'addome, infine, evidenziava solamente la presenza di qualche piccolo livello idro-aereo a destra, in assenza di pneumoperitoneo.



Fig. 1: Diverticoli digiunali con presenza di microperforazione a carico del diverticolo di maggiori dimensioni (al centro della foto).

Sulla base del reperto obiettivo e della spiccata leucocitosi neutrofila si decise quindi di sottoporre la paziente ad una laparotomia mediana che mise in evidenza un'abbondante secrezione sieropurulenta, che venne aspirata. All'esplorazione dei visceri si notarono alcune anse digiunali andate incontro ad un processo di flogosi acuta con formazione di fibrina. Esaminando le anse, si rese evidente quindi la presenza di alcuni diverticoli, uno dei quali era andato incontro ad una piccolissima perforazione (Fig. 1). Si optò quindi per una resezione di circa 80 centimetri di digiuno, comprendente i diverticoli evidenziati, seguita da una anastomosi termino-terminale in monostrato con filo riassorbibile, e ripetuti lavaggi della cavità addominale con soluzione fisiologica. Il decorso post-operatorio fu regolare e la paziente venne dimessa in settima giornata in buone condizioni. L'esame istologico confermò la presenza della perforazione a carico di un diverticolo.

Discussione

I diverticoli del digiuno sono spesso asintomatici (60-70%); essi infatti vengono spesso riconosciuti accidentalmente in corso di indagini radiologiche o di laparotomie. Nei restanti casi, danno origine ad un quadro clinico cronico (20-25% di casi) o acuto ed improvviso (10-15%).

I disturbi di tipo cronico sono rappresentati principalmente da: dolenzia addominale ricorrente, dispepsia, nausea, senso di gonfiore post-prandiale, stipsi e malassorbimento, in particolare di vitamina B12, con conseguente anemia megaloblastica. Tali sintomi non sono caratteristici della diverticolosi del digiuno, per cui la diagnosi avviene spesso con ritardo, dopo aver eseguito una radiografia tradizionale dell'apparato digerente con mezzo di contrasto oppure un clisma del tenue^{1,10}. A questo proposito, recentemente si è rivelata molto utile l'endoscopia capsulare, che con un minimo fastidio per il paziente, è in grado di visualizzare direttamente i diverticoli presenti nell'intestino tenue¹¹.

Il quadro clinico acuto deriva da una complicanza che avviene in corrispondenza di un diverticolo. Le complicanze più frequenti sono l'emorragia, l'oclusione e la diverticolite, seguita o meno da perforazione e peritonite. Meno frequenti risultano il volvolo, l'invaginazione e la fistolizzazione^{12, 13}.

La donna giunta alla nostra osservazione era andata incontro ad un processo di diverticolite con successiva perforazione e peritonite purulenta. Fortunatamente la paziente era arrivata in ospedale solo dopo poche ore dall'inizio della sintomatologia dolorosa, e quindi il tempestivo intervento chirurgico ha permesso un esito favorevole. In letteratura sono invece riportati casi di parecchie ore o di diversi giorni di intervallo tra l'inizio dei sintomi ed il ricovero in ospedale¹⁴, con conseguente rischio di shock settico ed exitus.

Nel caso della nostra paziente, il reperto obiettivo di addome acuto e la leucocitosi neutrofila, pur in assenza di segni decisivi alla radiografia diretta addominale (piccoli livelli idro-aerei), ci hanno indotto ad eseguire una laparotomia senza ulteriori indagini strumentali. Negli ultimi anni però sono comparsi in letteratura numerosi articoli scientifici concernenti l'utilizzo della T.C. come metodica diagnostica pre-operatoria. Con questa indagine si possono spesso evidenziare i diverticoli e/o i segni di perforazione, quali un ispessimento parietale di una o più anse intestinali, la presenza di liquido in peritoneo sotto forma di ascesso o di versamento libero, piccole raccolte di aria libera tra le anse o al di sotto della parete addominale, edema dei tessuti circostanti (grasso, fascie). Inoltre la T.C. è utile per escludere altre cause di addome acuto, come la pancreatite acuta, la malattia di Crohn, perforazioni da neoplasie, colecistite acuta, appendicite acuta, invaginazione intestinale, volvolo, infarto intestinale o diverticolite del colon ^{4, 15}.

E' opinione comune che il paziente con un diverticolo digiunale perforato debba essere sottoposto a resezione digiunale seguita da anastomosi. Altre tecniche, quali l'affondamento del diverticolo, la diverticolectomia, e la sutura della perforazione, espongono infatti ad alti rischi di deiscenze, e quindi peritonite post-operatoria, con un indice di mortalità triplicato rispetto alla resezione ¹⁶. Inoltre, con queste metodiche non vengono asportati eventuali ulteriori diverticoli presenti in quel tratto del digiuno. Nei pazienti con un ascesso peridiverticolare riscontrato con la T.C. è stato proposto un drenaggio percutaneo, con successiva resezione nei casi che non vanno incontro a guarigione diretta. Tale approccio è però consigliato solo nei pazienti in condizioni generali scadenti, che non sopporterebbero un intervento chirurgico in narcosi.

Il trattamento conservativo, a base di riposo, digiuno e antibiotici, è invece indicato nei casi di diverticolite non complicata, così come avviene per la diverticolite del colon, riservando l'intervento per eventuali complicanze improvvise o per la ripetizione degli episodi flogistici ¹⁷. Infine, il reperto occasionale di un diverticolo digiunale in corso di un intervento chirurgico addominale eseguito per altri motivi, non giustifica un intervento sul diverticolo perché, come abbiamo visto, la possibilità che si verifichi una complicanza è relativa.

La mortalità per diverticolite perforata del digiuno è diminuita nel corso degli anni. Infatti, Roses e coll. nel 1976 riportavano indici di mortalità dal 21 al 40% ¹⁸, mentre El-Hallawi e Civil nel 2003 riferiscono percentuali dallo 0 al 14% ³. Ciò probabilmente a causa di una maggiore consapevolezza di tale patologia e quindi della maggiore attenzione nella fase diagnostica.

Conclusioni

La diverticolite perforata del digiuno è una causa, seb-

bene rara, di peritonite. Non è semplice riconoscere preoperatoriamente tale patologia, ma negli ultimi anni la T.C. si è rivelata molto utile per visualizzare i segni indiretti della perforazione digiunale ed a volte lo stesso diverticolo responsabile del quadro clinico. Per un esito favorevole della malattia è di primaria importanza ridurre al minimo l'intervallo di tempo tra l'inizio della sintomatologia del paziente e l'intervento chirurgico. La resezione intestinale con anastomosi rappresenta sicuramente l'intervento di scelta, lasciando il drenaggio percutaneo dell'ascesso solamente ai pazienti in condizioni generali proibitive per una narcosi.

Riassunto

Viene presentato un caso di una donna di 69 anni con una peritonite acuta da diverticolo del digiuno perforato, sottoposta a laparotomia con resezione del tratto digiunale interessato dalla flogosi e anastomosi termino-terminale in monostrato. La paziente è stata dimessa in settima giornata, in buone condizioni.

I diverticoli del digiuno sono presenti nell'1% circa della popolazione generale. Essi sono asintomatici nella maggior parte dei casi, mentre a volte possono manifestarsi con disturbi di tipo dispeptico o con quadri clinici acuti. Questi ultimi sono dovuti a delle complicanze che si verificano a carico del diverticolo, e cioè: emorragia, occlusione e flogosi acuta con perforazione e peritonite, così come è avvenuto nella nostra paziente. Il rischio principale nelle complicanze diverticolari è quello di allungare eccessivamente l'intervallo di tempo tra il ricovero del paziente ed il trattamento chirurgico, permettendo così l'instaurarsi di shock ipovolemico o settico. Per questo motivo negli ultimi anni sono stati impiegati nello studio diagnostico preoperatorio la T.C. e, in caso di emorragia, l'endoscopia capsulare.

L'intervento chirurgico deve essere quello di resezione digiunale con anastomosi in un tempo, riservando il drenaggio percutaneo solo ai pazienti con ascesso, in condizioni generali troppo scadenti per una narcosi.

Bibliografia

- 1) Maglinte DDT, Chernish SM, DeWeese R, et al: *Acquired jejunoileal diverticular disease: Subject review*. Radiology, 1986; 158:577-80.
- 2) Noer T: *Non-Meckelian diverticula of the small bowel. The incidence in an autopsy material*. Acta Chir Scand, 1960; 120:175-79.
- 3) El-Hallawi F, Civil ID: *Acquired jejuno-ileal diverticular disease: a diagnostic and management challenge*. ANZ J Surg, 2003; 73:584-89.
- 4) Macari M, Faust M, Liang H, Pachter HL: *CT of jejunal diverticulitis: imaging findings, differential diagnosis, and clinical management*. Clin Radiol, 2007; 62:73-77.

- 5) Fisher MH: *False diverticula of the intestine*. J Exper Med, 1900; 5:333-52.
- 6) Gordnier HC, Sampson JA: *Diverticulitis (not Meckel's) causing intestinal obstruction. Multiple mesenteric (acquired) diverticula of the small intestine*. JAMA, 1906; 46:1585-90.
- 7) Case JT: *Diverticula of the small intestine other than Meckel's diverticulum*. JAMA, 1920; 75:1463-470.
- 8) Prakash C, Clouse RE: *Acute ileal diverticulitis*. Am J Gastroent, 1998; 93:452-54.
- 9) Krishnamurthy S, Kely MM, Rohrmann CA, Schuffler MD: *Jejunal diverticulosis. A heterogenous disorder caused by a variety of abnormalities of smooth muscle or myenteric plexus*. Gastroenterology, 1983; 85:538-47.
- 10) Salomonowitz E, Wittich G, Hajek P, et al.: *Detection of intestinal diverticula by double-contrast small bowel enema: differentiation from other intestinal diverticula*. Gastrointest Radiol, 1983; 8:271-78.
- 11) Ray M, Goh KL, Chua CJ, Tan YM: *Wireless capsule endoscopy for diagnosis of small intestinal lesions*. Dig Endosc, 2004; 16:134-37.
- 12) Ross CB, Richards WO, Sharp KW et al.: *Diverticular disease of the jejunum and its complications*. Am Surg, 1990; 56:319-24.
- 13) Babcock TL, Hutton JE, Salander JM: *Perforated jejunal diverticulitis*. Am Surg, 1976; 42:568-71.
- 14) Koger KE, Shatney CH: *Perforated jejunal diverticula*. American Surgeon, 1996; 62:26.
- 15) Peters R, Grust A, Gerharz CD, Dumon C, Furst G: *Perforated jejunal diverticulitis as a rare cause of acute abdomen*. Eur Radiol, 1999; 9:1426-428.
- 16) England R, Jensen M: *Acquired diverticulosis of the small intestine: case report and literature review*. Aust NZ J Surg, 1986; 56:51-54.
- 17) de Bree E, Grammatikakis J, Christodoulakis M, Tsiftsis D: *The clinical significance of acquired jejunoileal diverticula*. Am J Gastroent, 1998; 93:2523-528.
- 18) Roses DF, Gouge TH, Scher KS, Ranson JHC: *Perforated diverticula of the jejunum and ileum*. Am Surg, 1976; 132:649-52.