



Una complicanza della diverticolite acuta: la fistola colo-vescicale (Caso Clinico)

Ann. Ital. Chir., LXXIII, 3, 2002

**A. Cennamo, R. Tolomeo, A. Falsetto,
A. Polito, D. Di Giacomo, V. De Pascale**

Seconda Università degli Studi di Napoli
VI Divisione di Clinica Chirurgica Generale
e d'Urgenza
Direttore: Prof. Antonio Cennamo

Introduzione

Le complicanze della diverticolosi del colon (diverticolite, perforazione, sanguinamento, occlusione, fistole) sono rilevabili nel 95% dei soggetti di età superiore ai 70 anni, e rappresentano le più comuni cause di ricovero in urgenza. Si stima che tra il 20 e il 40% dei pazienti con diverticolite necessitano di intervento chirurgico e che la mortalità sia del 20% nei pazienti portati al tavolo operatorio con peritonite diffusa da perforazione diverticolare. Siamo stati spinti alla pubblicazione di questo caso sia perché non esiste tuttora una schematizzazione precisa delle tecniche chirurgiche da adottare nel trattamento delle singole complicanze settiche della diverticolosi, anche se in questi ultimi anni sta prevalendo la preferenza per una condotta chirurgica più radicale, sia perché il paziente venuto alla nostra osservazione era portatore di altre importanti patologie (aneurisma dell'aorta addominale, stenosi uretrale post-prostatectomia, calcolosi della VBP e della colecisti, insufficienza renale cronica) che comunque hanno influenzato la tattica operatoria e rallentato i tempi di ripresa.

Di fronte a casi simili il chirurgo si trova ad un bivio: cercare di fare il meno possibile, il più presto possibile e nel migliore dei modi, oppure essere radicale il più possibile, nella convinzione che il trattamento, sia della patologia di base che della complicanza, possa ridurre sia la morbilità che la mortalità.

Abstract

A COMPLICATION OF ACUTE DIVERTICULITIS: COLO-VESICAL FISTULA (CASE REPORT)

Background: A patient presenting a colo-vesical fistula together with a number of other pathologies, and the absolute absence of a set scheme for the treatment of septic diverticular complications has prompted us to publish this case. Patient and Methods: the patient aged 80 was admitted urgently, diagnosed with intestinal occlusion. Generally poor conditions: renal insufficiency, abdomen globose and hypertympanic, systaltic mass in the epigastric site. The patient had experienced abdominal pains for about 4 months; severe tenesmo during evacuation: fever temperature as high as 38.5° C; dysuria; aero-hydro levels; stenosis of the sigmoid.

A decision was taken to operate.

Surgery: the presence of a large mass at the level of the sigmoid, which subsumed the ileal ansae, the vesicula and the sigmoid itself. While isolating the pelvic anatomical structures, a purulent sac in the Douglas was uncovered, which united the bladder and the sigmoid.

It was thought appropriate only to fit a colostomy, thus excluding the descendens.

Discussion: Surgery must resolve the peritonitis and the fenestration itself.

Due to the existing septic conditions, it was not believed advisable to perform a primary anastomosis; a Hartmann's or a simple colostomy was thought preferable.

Conclusions: This case underlines the difficulty in standardising operational conduct when this in turn will depend on the experience of the operator and the circumstances met at the time.

Key words: Diverticulitis, colo-vesical fistula.

Caso clinico

Uomo di anni 80 (B.G.): ricovero in urgenza con diagnosi di "occlusione intestinale" da sospetta neoplasia del sigma.

Al primo esame clinico: condizioni generali scadute, disidratato, astenico; addome globoso ed ipertimpanico; presenza di massa pulsante in sede epigastrica.

A.F.: nulla da rilevare.

A.P.R.: Tifo a 5 anni. Bronchite cronica dall'età di 40 anni. Iperteso "instabile" da più di 20 anni, attualmente in trattamento con ACE-inibitori e Ca-antagonisti. Qualche episodio di vertigine non adeguatamente indagato. Da qualche mese ha scoperto di essere portatore di una litiasi colecisti-coledocica causa di disturbi dispeptici. Portatore di una diverticolosi del colon da tempo imprecisato con alvo tendenzialmente stiptico. Ha subito vari interventi chirurgici:

- Eversione della vaginale per idrocele dx post-traumatico, 15 anni orsono;
- resezione di aneurisma dell'aorta addominale sotto-renale (in elezione), con apposizione di protesi di dacron ed appendicectomia 13 anni addietro. Successivamente non si è mai sottoposto a controlli per questa patologia;
- Prostatectomia per via sovrapubica 8 anni fa per ipertrofia benigna, con parziale ricomparsa dei disturbi urinari da circa tre anni;
- Ernioplastica inguinale sn sec. Postempski con mesh di Marlex 7 anni fa.

A.P.P.: Dal maggio scorso: dolori addominali ai quadranti inferiori, di tipo spastico irradiati al perineo ed al sacro; tenesmo con difficoltà all'evacuazione, stipsi ostinata, qualche picco febbrile fino a 38,5°C; difficoltà ad urinare (iscuria paradossa), con urine a volte torbide e maleodoranti. Spontaneamente ha fatto uso di FANS (per lenire i dolori addominali ed urinari), ed ha ridotto l'alimentazione. In un ricovero presso una struttura privata due mesi prima, su insistenza dei familiari, fu sottoposto ad una colonscopia che mise in evidenza una stenosi serrata a livello del sigma e un polipo che, asportato, risultò essere un adenoma. C'è stato, dopo questa indagine, un apparente miglioramento del quadro addominale, ma senza che si sia avuto un normale ripristino della canalizzazione. Un mese fa, il paziente si è rivolto al proprio medico di fiducia che, visto il peggioramento delle condizioni generali, il dimagrimento di 10 kg ed un quadro addominale suggestivo per sub-occlusione neoplastica ne ha consigliato il ricovero.

E.O. all'ingresso: condizioni generali notevolmente scadute, cute pallida, asciutta, grinzosa; lingua arida e patinosa; ipotrofia muscolare generalizzata. PA 100/50 mmHg, FC 100 b/min; iposfigmia periferica. Soffio sistolico aortico. Respiro superficiale e tachipnoico. Rantoli basali, sibili espiratori sparsi. Addome teso, trattabile con ipertimpanismo diffuso e peristalsi torpida; massa pulsante in epigastrio; dolore alla palpazione in ipogastrio e fossa iliaca sinistra. All'atto del ricovero è stato sottoposto a:

- Esami ematochimici: Creat 3.3 mg/dl; Hct 24%; GB 15.000; K 5.4 mmol/L; Alb 2.3 g/dl.
- Ecografia addome: Ispessimento parietale della giunzione sigmoido-colica (62.4 mm) con lume irregolare a tratti maldefinito e sovradistensione a monte, con assenza di peristalsi. Discreta dilatazione del coledo-

co (12.6 mm) che appare occupato da calcoli multipli. Colecisti scleroatrofica litiasica. Cisti renale polare superiore sn. Vescica a pareti ispessite (ipertrofia da sforzo). Ampia loggia residua a prostatectomia. Recidiva di aneurisma dell'aorta addominale al III inferiore (85x67.5x67.6 mm) a margini irregolari e bozzuti, pareti ispessite (27 mm max) per la presenza di trombi.

- Colonscopia: presenza di una stenosi serrata a 15 cm a livello della pregressa polipectomia, per cui non è stato possibile procedere ulteriormente nell'indagine.
- Cilsma opaco: non eseguibile per incontinenza.
- Rx diretta addome: Livelli idro-aerei nello scavo pelvico.
- Accesso venoso centrale giugulare profondo.
- Cateterismo vescicale effettuato con piccola sonda semi-rigida (n. 10 Ch) per superare la stenosi uretrale del tratto prostatico. Ristagno vescicale di 300cc circa con pneumaturia e piuria, per cui si sospetta la presenza di una fistola colo-vescicale.
- Terapia: reidratante, elettrolitica e supporto nutrizionale. Antibiotici ad ampio spettro.

Alvo solo parzialmente aperto ai gas.

Dopo 48h di terapia, riportati a valori accettabili la creatinina (1.7 mg/dl) e l'azoto ureico (60 mg/dl) si decide di intervenire chirurgicamente nella certezza di non poter avere un ulteriore miglioramento delle condizioni generali ed addominali.

La valutazione dell'indice APACHE II è superiore a 20, per cui il rischio operatorio risulta abbastanza alto.

Intervento: laparotomia mediana ombelico pubica. Presenza di grossa massa a livello del sigma che ingloba alcune anse ileali, la vescica e il sigma stesso. Nell'isolare le formazioni anatomiche della regione pelvica si accede ad una sacca purulenta localizzata nel Douglas che comunica in alto con il sigma perforato ed in basso con la parete posteriore della vescica, anch'essa perforata. Esiste pertanto una comunicazione tra vescica, sacca ascessuale e sigma.

Si tenta di staccare la parete posteriore del sigma nel tentativo di realizzare una resezione-anastomosi in un tempo, ma ci si rende conto che il viscere è completamente fuso, in conseguenza della flogosi, con i vasi iliaci e l'uretere e che, pertanto, è impossibile staccarlo senza correre il rischio di procurare danni vascolari ed urinari. Considerando l'età, la situazione anatomico-patologica, la presenza dell'aneurisma appena più in alto, lo stato settico di tutta la pelvi, si decide di limitarsi al confezionamento di un ano escludente sul discendente. Pertanto si seziona il viscere tra discendente e sigma con una TA e si abbozza il tratto prossimale del colon alla cute per una colostomia escludente. Riparazione della breccia vescicale previo posizionamento di Foley 18 Ch superando la stenosi dell'uretra prostatica. Toilette del cavo ascessuale. Apposizione di due tubi di drenaggio nella sede ascessuale. Sutura della parete a strati con apertura immediata dell'ano preternaturale.

Decorso post-operatorio: risveglio buono, respirazione spontanea con iniziale broncospasmo. 24h di osservazione in terapia intensiva. EAB (08/09/2000) ph 7.45; pCO₂ 26.1; pO₂ 65.4; HCO₃⁻ 18.1; BE - 5.0; SAT 97.

Lavaggi quotidiani della cavità ascessuale per alcuni giorni attraverso i tubi lasciati all'atto dell'intervento. Canalizzato ai gas in III giornata; addome trattabile con abbondante canalizzazione alle feci in V giornata con l'aiuto di lassativi e di lavaggi retrogradi attraverso la stomia. Il paziente è stato dimesso in XVIII giornata e dovrà tornare successivamente per il ripristino della continuità intestinale e per tentare il trattamento della calcolosi della VBP per via endoscopica.

Discussione

Dallo stadio acuto della malattia diverticolare derivano quadri anatomo-patologici di gravità variabile a seconda dell'entità e dell'eventuale diffusione del processo infiammatorio ben classificati da Hinchey (1):

stadio I: ascesso intramurale, intramesenterico o pericolico;

stadio II: ascesso extraparietale coperto sia pelvico che addominale;

stadio III: peritonite generalizzata purulenta;

stadio IV: peritonite generalizzata fecaloide.

Il trattamento chirurgico, in questi casi, deve mirare a trattare sia la peritonite, con toilette del cavo peritoneale e apposizione di drenaggi nella zona settica, sia la perforazione con la resezione del segmento colico patologico. Nei casi in cui per i gravi fenomeni settici esistenti non è consigliabile eseguire un'anastomosi primaria (stadio III e IV di Hinchey) si preferisce realizzare una Hartmann, che presenta il vantaggio di rimuovere primariamente il tratto colico sede di infezioni consentendo successivamente la ricanalizzazione.

Quando nemmeno ciò è possibile, ci si deve limitare ad una colostomia confezionandola il più vicino possibile

alla lesione con ampio drenaggio del focolaio patologico, oppure alla esteriorizzazione del colon perforato, tecnica efficace con una mortalità non superiore al 10%, ma i cui risultati sono deludenti in rapporto alla gravità della sepsi (2).

I risultati delle tecniche chirurgiche che lasciano in sede il colon patologico dimostrano una mortalità doppia di quella osservata nelle resezioni coliche (20-50% vs. 10-25%).

L'intervento di Hartmann pur eseguito in emergenza e senza selezione di pazienti ha delle precise indicazioni e presenta una mortalità e una morbilità del tutto accettabile, aggirandosi la prima dal 10 al 14% e la seconda dal 7 al 9%. Le complicanze secondarie a questo tipo di intervento derivano dalle possibili infezioni della ferita laparotomica, dalla insufficiente vascolarizzazione del moncone prossimale, dalla presenza di una sutura sul moncone distale affondato, da cui possono avere origine ascessi e fistole, da tenesmo, da perdite mucose, da sanguinamento, da perdite di materiale intestinale residuo (3).

Ciò che condiziona maggiormente le scelte di tecnica è il grado di contaminazione peritoneale. Il notevole miglioramento delle procedure di asepsi, la possibilità di eseguire un'accurata toilette del campo operatorio e l'introduzione di terapie antibiotiche sempre più efficaci consentono spesso l'intervento in un tempo.

Questo trattamento ultimamente è stato proposto anche per via laparoscopica che consentirebbe una più rapida ripresa della canalizzazione intestinale ed una riduzione dei costi (4, 5).

Sebbene il trattamento chirurgico della diverticolosi complicata non è ancora standardizzato, negli ultimi anni si intravede una certa tendenza verso l'intervento in un tempo con ricostruzione immediata del transito (6, 7) negli stadi I e II di Hinchey, mentre si privilegia l'intervento di Hartmann negli stadi III e IV (8, 9, 10).

Per il trattamento delle complicanze diverticolari del colon abbiamo rilevato in letteratura che la percentuale di resezione-anastomosi eseguite in un tempo è del 68% su un totale di 883 interventi considerati (Tab. I).

Tab. I – RESEZIONE-ANASTOMOSI PRIMARIA IN URGENZA NELLE COMPLICANZE DIVERTICOLARI

<i>Autore</i>	<i>Anno</i>	<i>Resez.-Anastom. Primaria</i>	<i>%</i>	<i>Deiscenze Anastom.</i>	<i>Infez. Ferita</i>	<i>Mortalità Perioper.</i>
Peoples (11)	1990	39 su 52	75			
Stabilini (12)	1993	19 su 43	44.2	10.5%	25% (Sul Tot)	16.3% (sul tot)
Tristaino (13)	1994	7 su 19	37	5%	-	15%
Belmonte (14)	1996	200 su 227	88	2%		1%
Wedell (15)	1997	183 su 224	81.7			
Campione (16)	1998	9 su 31	29			
Bonomo (17)	1999	6 su 27	22.2	29.6%	14.8%	4.7%
Milito (18)	1999	43 su 83	52	8.4%	16.8%	1.2%
Tiberio (19)	1999	70 su 135	52	5.7%	15.5%	6.7%
Netri (20)	2000	26 su 42	62			
<i>Totale</i>		602 su 883	68			

Conclusioni

Qualora si riuscisse a concordare una standardizzazione precisa della tecnica chirurgica in rapporto ad ogni prevedibile situazione anatomico-patologica secondaria alle complicanze settiche diverticolari, siamo convinti che difficilmente sarà possibile, per un chirurgo, attenersi alla condotta consigliata, poiché sarà sempre guidato dalla propria esperienza e dalla situazione riscontrata.

Riassunto

Introduzione: La presenza di una fistola colo-vescicale in un paziente con numerose altre patologie e l'assoluta mancanza di una schematizzazione per il trattamento delle complicanze settiche della diverticolosi ci ha spinto alla pubblicazione del caso.

Caso Clinico: Pz di anni 80 ricoverato di urgenza con diagnosi di occlusione intestinale. Condizioni generali scadute; insufficienza renale, addome globoso e ipertimpanico, massa pulsante in sede epigastrica. Dolore addominale diffuso da circa 4 mesi; tenesmo con difficoltà all'evacuazione; febbre fino a 38.5 °C; disuria; livelli idro-aerei; stenosi del sigma. Nella impossibilità di detenere il colon, si decide per l'atto operatorio.

Intervento: Presenza di una grossa massa a livello del sigma che ingloba le anse ileali, la vescica e il sigma stesso. Nell'isolare le strutture anatomiche della pelvi si accede ad una sacca purulenta nel Douglas che mette in comunicazione il sigma e la vescica. Si è ritenuto opportuno confezionare solo una colostomia escludente sul discendente.

Discussione: Il trattamento chirurgico deve mirare a risolvere sia la peritonite che la perforazione. Per i fenomeni settici esistenti, non è consigliabile eseguire un'anastomosi primaria, preferendo realizzare una Hartmann o una semplice colostomia.

Conclusioni: Questo caso conferma quanto sia difficile standardizzare una precisa condotta operatoria che dipenderà sempre dall'esperienza dell'operatore e dalla situazione riscontrata al momento.
Parole chiave: Diverticolite, fistola colo-vescicale.

Bibliografia

- 1) Hinchey E.J., Shaal P.G.H., Richards G.K.: *Treatment of perforated diverticular disease of the colon*. Adv Surg, 12:85-109, 1978.
- 2) D'Abbicco D., Amoruso M., Notarnicola A., Margari A., Bonomo G.M.: *Indicazioni e trattamento chirurgico nelle complicanze della malattia diverticolare del colon*. Chir It, 51(4):277-82, 1999.

- 3) Ugenti I., De Ceglie A., Ferrarese F., Ferrarese S.: *L'intervento di Hartmann nella diverticolite acuta perforata*. Chir It, 51(6):429-34, 1999.
- 4) Stevenson A.R., Stiz R.W., Lumley J.W., Fielding G.A.: *Laparoscopically assisted anterior resection for diverticular disease: follow-up of 100 consecutive patients*. Ann Surg, 227:335-42, 1996.
- 5) Liberman M.A., Phillips E.H., Carroll B.J., Fallas M., Rosenthal R.: *Laparoscopic colectomy vs. traditional colectomy for diverticulitis. Outcome and costs*. Surg Endosc, 10:15-8, 1996.
- 6) Fornaro R., Belcastro E., Fabbriotti A., Parodi G., Antoniotti G.V., Maggese M.P., Ferrarsi R.: *Malattia diverticolare del colon. Trattamento chirurgico della diverticolite complicata*. Chirurgia, 4:90-9, 1991.
- 7) Del Zennaro E., Berera T., Orlandi L., Marzola G., Nosadini A., Tremolada C.: *La patologia diverticolare del grosso intestino*. Chirurgia, 4:381-4, 1991.
- 8) Setti Carraro P., Ravizzini C., Bernazzali S., Anselmi A.: *Le complicanze della diverticolosi colica: la nostra esperienza nel periodo 1983-1988*. Urg Chir Comment, 12:123-7, 1989.
- 9) Formento E., Guglielminotti P., Reggio D., Saracco M., Patelli E.: *La malattia diverticolare ed il suo trattamento*. Min Chir, 52:261-70, 1997.
- 10) Nespoli A., Ravizzoni C., Trivella M., Segala M.: *The choice of surgical procedure for peritonitis due to colonic perforation*. Arch Surg, 128:814-8, 1993.
- 11) Peoples J.B., Vilk D.R., Maguire J.P., Elliot D.W.: *Reassessment of primary resection of the perforated segment for severe colonic diverticulitis*. Am J Surg, 159(3):291-3, 1990.
- 12) Stabilini L., Brigli G., Doria F., Bonomo A., Bisio M.: *Trattamento d'urgenza dei diverticoli perforati del colon*. Min Chir, 48:989-92, 1993.
- 13) Gullà N., Serafini S., Patriti A., Giannini P., Pucciarini L.C., Tristano B.: *Il trattamento chirurgico della malattia diverticolare del colon. Nostra esperienza relativa ad un decennio*. Min Chir, 49:759-65, 1994.
- 14) Belmonte C., Klas J.V., Perez J.J., Wong W.D., Rothenberger D.A., Goldberg S.M., Madoff R.D.: *The Hartmann procedure. First choice or last resort in diverticular disease?* Arch Surg, 131(6):612-5, 1996.
- 15) Wedell J., Banzhaf G., Chaoui R., Fischer R., Reichmann J.: *Surgical management of complicated colonic diverticulitis*. Br J Surg 84:380-3, 1997.
- 16) Campione O., Vivarelli M., D'Alessandro L., Marrano N., Pasqualini E., Calò G.: *Trattamento chirurgico d'urgenza della malattia diverticolare del colon*. Atti Soc It Chir, Roma Ediz L Pozzi, 4:31-4, 1998.
- 17) D'Abbicco D., Amoruso M., Notarnicola A., Margari A., Bonomo G.M.: *Indicazioni e trattamento chirurgico nelle complicanze della malattia diverticolare del colon*. Chir It, 51(4):277-82, 1999.
- 18) Porzio S., Rossi S., Lombardi V., Milito G.: *Il trattamento chirurgico della malattia diverticolare complicata del colon*. Chir It, 51(3):199-205, 1999.
- 19) Setti Carraro P.G., Magenta A., Segala M., Ravizzoni C., Nespoli A., Tiberio G.: *Predictive value of a pathophysiological score in the surgical treatment of perforated diverticular disease*. Chir It, 51(1):31-6, 1999.

20) Netri G., Verbo A., Coco C., Cogliandolo S., Mattana C., Salvatori L., D'Andrilli A., Piciocchi A.: *The role of surgical treatment in colon diverticulitis: indications and results.* Ann Ital Chir, 71(2):209-14, 2000.

Prof. Antonio CENNAMO

Via Cisterna Dell'Olio, 5

80134 NAPOLI

Tel.: 081/5512188

Fax: 081/5666678

