

Lecture N. 26 -

I diverticoli del colon

La diverticolosi del colon è malattia molto frequente ed è in continuo aumento soprattutto nei paesi occidentali. Ne sono interessati in modo particolare soggetti di età superiore a sessanta anni; raro invece il riscontro in età inferiori, eccezionale in età pediatrica. Va segnalato tuttavia che nei soggetti giovani la malattia può essere più aggressiva e pertanto gravata da maggior percentuale di complicanze.

Il sigma-colon discendente è il distretto colico maggiormente interessato. Più rare altre localizzazioni. E' interessante notare che in Giappone e in genere nelle popolazioni asiatiche è segnalata frequente la sede cecale.

Etiopatogenesi

I diverticoli sono costituiti da mucosa del colon che ernia attraverso la parete muscolare del viscere in corrispondenza di punti deboli, generalmente perché percorsi da arteriole attraverso lo strato circolare della muscolatura. Sono dunque ernie mucose, dette anche "falsi diverticoli".

Com'è noto, l'attività peristaltica del colon, particolarmente dei segmenti di sinistra, è caratterizzata dalla successione coordinata di camere di segmentazione. Tale coordinazione è garantita se tali camere possono svuotarsi in quelle successive e ciò avviene se la segmentazione si apre distalmente o tutt'al più bilateralmente. Ma

se questa è chiusa distalmente o peggio bilateralmente, è evidente che nella camera così chiusa si determinerà una pressione talmente elevata da permettere l'erniazione della mucosa in uno dei punti di minor resistenza.

Anatomia Patologica

In genere i diverticoli sono numerosi e di volume vario: da molto piccoli a dimensioni di un cece e anche di una noce (Fig. 1).



Fig. 1

Si è detto prima che essi si formano preferibilmente nei punti di maggior debolezza della parete colica laddove penetrano sottili rami arteriosi. Questo ci dà ragione della possibilità di una complicanza emorragica, anche quando non sono presenti fenomeni flogistici.

In assenza di flogosi la mucosa estroflessa è sufficientemente elastica da poter accogliere materiale fecale, purché morbido, con la possibilità di evacuarlo. Problemi possono invece insorgere se nel diverticolo si incastra qualcosa di più consistente o addirittura

solido, come potrebbe essere un nocciolo di frutta. In tali condizioni il contenuto diverticolare può ristagnare o addirittura non poter essere espulso e diventare allora possibile causa di flogosi.

Abbiamo così due quadri e due conseguenti diverse denominazioni:

- diverticoli senza flogosi - diverticolosi
- con flogosi - diverticolite.

La diverticolite può generare quadri anatomo-patologici diversi. Se ne descrive una forma acuta e una forma cronica.

La forma acuta: catarrale, purulenta, flemmonosa, perforativa con relativi esiti: peritonite diffusa o circoscritta, fistolizzazione.

La forma cronica può essere tale ab initio oppure rappresentare un esito della forma acuta. Come conseguenza della diverticolite cronica sono descritti alcuni quadri patologici, come pseudotumori infiammatori non raramente stenosanti, reazioni peritoneali quali aderenze, briglie, ecc. possibili responsabili di fenomeni occlusivi intestinali.

Clinica

Sintomatologia

Cominciamo subito con una distinzione di tipo semantico:

- se i diverticoli del colon sono senza sintomi od oligosintomatici, parleremo di “Diverticolosi”
- se con sintomi “Diverticolite” o “Malattia diverticolare del colon”

La diverticolosi generalmente, come s'è detto, può essere senza sintomi. Tuttavia questa affermazione deve essere valutata con attenzione, perché non sempre è vera. Magari ad insorgenza sporadica, ma, se ben valutati, molto indicativi possono essere l'evacuazione di feci caprine, periodi di stipsi e/o di dischezia. Di questi soprattutto il primo dovrebbe mettere sull'avviso l'esaminatore. Un esame radiologico per clisma opaco confermerà il sospetto diagnostico. Ovviamente la presenza di diverticoli emerge anche da un esame Rx eseguito per altre cause. Qualche volta un esame endoscopico può evidenziarli. A questo proposito è bene segnalare la possibilità di complicanze talora perforative a seguito di un esame coloscopico. Come s'è detto più sopra, il diverticolo può diventare responsabile di proctorragia.

La malattia diverticolare - diverticolite - può essere distinta in semplice o complicata.

La prima si manifesta generalmente con dolore addominale continuo, ma più spesso remittente o intermittente, in regione iliaca sinistra, dove all'esame obiettivo, alla palpazione si reperta dolorabilità e sovente la cosiddetta corda colica. L'alvo è quasi di regola stitico; frequente il reperto di feci caprine e non sono rari meteorismo ed episodi diarroici.

Quando la diverticolite si complica, possono manifestarsi quadri diversi.

- Perforazione -

- Può trattarsi di una microperforazione e allora la sintomatologia sarà quella di una flogosi peritoneale circoscritta: dolore intenso in www.mattiolifp.it (Lectures - I diverticoli del colon)

regione iliaca sinistra a volte irradiato all'arto inferiore omolaterale, spesso epigastralgia, febbre, nausea, possibilità di vomito, alvo chiuso, leucocitosi. All'esame obiettivo dolorabilità in sede iliaca Sn e contrattura di difesa. Trattasi in conclusione di una peritonite localizzata.

- Ma può verificarsi invece una macroperforazione e allora la peritonite che ne consegue più raramente purtroppo potrà essere localizzata e si creerà pertanto il quadro dell'addome acuto.

La peritonite può comunque circoscriversi, se omento o altri visceri si placcano sulla perforazione. Ne conseguirà attenuazione e localizzazione dei sintomi peritonitici, ma con inevitabili conseguenze aderenziali.

La macroperforazione può rendersi responsabile e nemmeno tanto raramente di conseguenze molto gravi come la peritonite stercoracea e la formazione di ascessi.

- **Stenosi**: la flogosi, conseguente ad una diverticolite semplice o a maggior ragione a seguito di microperforazione, può determinare, come s'è detto, la formazione di ascessi, pseudo-tumori infiammatori, aderenze, briglie e lacinie peritoneali, inducendo stenosi e occlusione intestinale.

- **Fistolizzazione**: la perforazione di un diverticolo può avvenire mentre il colon interessato aderisce ad un altro visceri, che viene messo in comunicazione col diverticolo - di qui la fistola. La più frequente è la fistola colo-vescicale, più frequente nel maschio per ovvie ragioni anatomiche, alla quale consegue patognomica sintomatologia: pneumaturia, pollachiuria e stranguria.

Meno frequenti fistole colo-enteriche, colo-vaginali, colo-cutanee.

- Emorragia grave

Diagnosi

Già dall'interrogatorio anamnestico è possibile spesso arguire che alla base di quanto il Paziente riferisce possa essere una patologia diverticolare del colon. Soprattutto il riferimento alla emissione di feci caprine è notevolmente indicativo. Se poi sono riferiti anche alcuni o molti dei sintomi già descritti, l'orientamento diagnostico dà la convinzione di aver maturato la diagnosi corretta. Va sottolineato fra tanti un sintomo molto patognomonico, la pneumaturia, disturbo di solito molto inquietante per il Paziente e pertanto difficilmente trascurato da questi nell'anamnesi. Nel paziente maschio non si può fare altro che pensare ad un diverticolo fistolizzato in vescica.

All'esame obiettivo la dolorabilità in regione iliaca sinistra ed eventualmente la palpazione del colon sinistro, che può risultare dolorabile, sono ulteriori dati che possono confermare quanto suggerito dall'anamnesi.

Raggiunta questa convinzione diagnostica, il Medico Curante indirizza il Paziente al Radiologo per un esame con clisma baritato. E' bene che il radiologo sia informato del sospetto diagnostico, perché conviene che il clisma sia effettuato a bassa pressione. Altro accorgimento ben conosciuto dai radiologi in questa circostanza è che lo studio sia condotto anche dopo evacuazione. Così facendo

infatti i diverticoli si svuotano, ma diventano meglio visibili, perché restano comunque iniettati dal mezzo di contrasto.

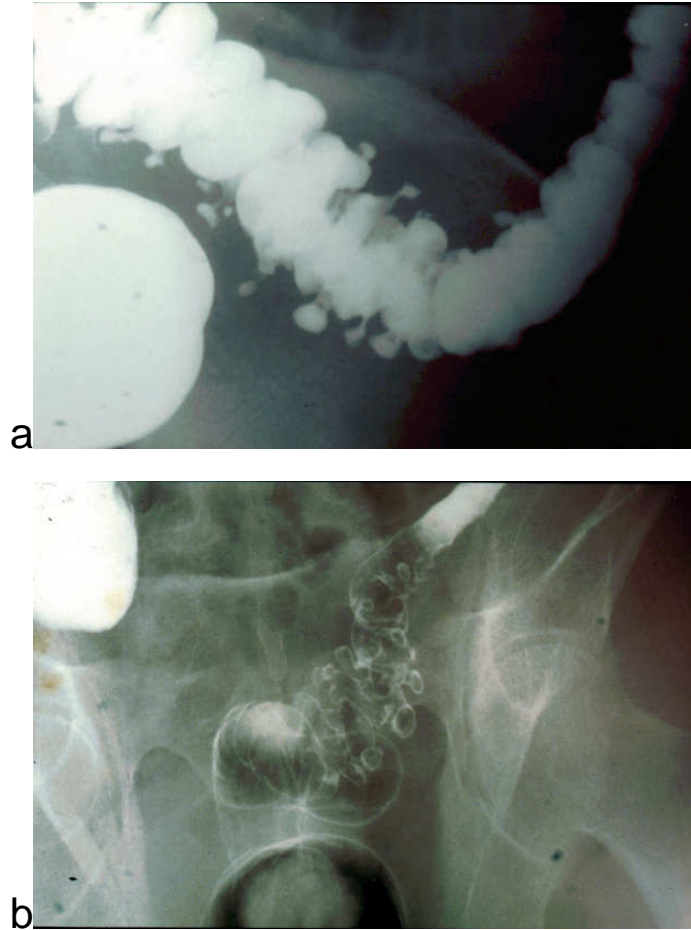


Fig. 2 - a) Clisma opaco a pieno riempimento
b) Dopo evacuazione

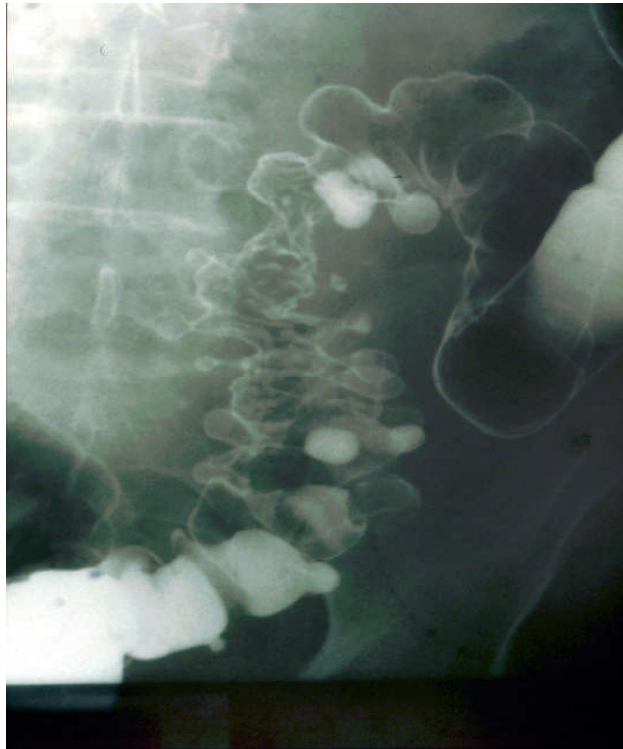


Fig. 3

Altri esami quali endoscopia, ecotomografia, TC, risonanza magnetica, ecc. dovrebbero essere considerati per così dire opzionali, nel senso che potrebbero trovare indicazione preferibilmente quando il quadro semeiologico e clinico lo richiede.

Terapia

Il trattamento della diverticolosi è fondamentalmente dietetico. L'uso di cibi ricchi di scorie naturali (vegetali, frutta, ecc.) facilita la formazione di quelle feci morbide, di cui abbiamo detto, in grado di facilitare la progressione nelle varie camere di segmentazione e d'altra parte impedire il ristagno nei diverticoli. Per gli stessi motivi vanno scartati cibi in grado di lasciare residui male o addirittura non

digeriti. Queste precauzioni a maggior ragione se sono presenti stipsi e/o feci caprine.

Il trattamento può ancora essere conservativo nella diverticolite semplice, nella quale il processo infiammatorio può essere contrastato oltre che da provvedimenti dietetici, anche da disinfettanti e antibiotici intestinali o sistemici. Ovviamente è necessario attento controllo del Paziente da parte del medico curante, al fine di assicurare l'evoluzione favorevole del processo patologico e decidere su eventuali provvedimenti alternativi, non escluso quello chirurgico.

La diverticolite complicata, considerando la varietà delle possibili complicanze, crea ovviamente una complessa problematica, a partire dal timing chirurgico in quelle forme, che potrebbero essere trattate in elezione o in urgenza differita. Il trattamento chirurgico preferibile in elezione è la resezione del tratto malato, frequentemente il sigma - sigmoidectomia o, se necessaria, l'emicolectomia sinistra. Per il sigma, talora si rende necessaria una resezione in due tempi e molto usato è l'intervento di Hartmann:

- primo tempo: resezione del sigma, sutura del retto e colostomia;
- secondo tempo: rimozione della colostomia e anastomosi colo-rettale.

- La grande varietà delle possibili complicanze renderà volta per volta necessario programmare la correzione più indicata
