



LA DIVERTICOLOSI

A cura del Dr. Corrado Asteria (corrado.asteria@libero.it)

Che cos'è?

I diverticoli possono definirsi erniazioni sacciformi che interessano la mucosa e la sottomucosa della parete dell'intestino e che si localizzano più frequentemente nel colon sinistro ed in particolare nel colon sigmoideo. Il numero dei diverticoli può variare a seconda dei casi da pochi sino a centinaia ma è bene precisare che la loro presenza, indipendentemente dal numero, non comporta necessariamente l'insorgenza della malattia diverticolare, intesa come complicanza della diverticolosi e che si manifesta con sintomi abbastanza specifici.

Quanto è frequente?

La malattia diverticolare comporta circa 300.000 ospedalizzazioni all'anno negli Stati Uniti, con 1,5 milioni di giorni di cure ospedaliere. Infatti, questa malattia è la terza malattia gastrointestinale più comune che richiede il ricovero in ospedale e l'indicazione principale per la resezione del colon elettiva.

Si è osservato per prima cosa che la diverticolosi del colon viene segnalata maggiormente nei paesi occidentali e che colpisce in prevalenza i soggetti anziani. In dettaglio, si è dimostrato che la malattia è ugualmente distribuita in entrambi i sessi, aumenta con l'età, a partire da un 10% di casi al di sotto dei 40 anni, sino al 25% a 60 anni sino al 50% in soggetti con oltre 80 anni di età.

La diverticolosi interessa principalmente il colon di sinistra nell'80% della popolazione occidentale, mentre nella popolazione asiatica, con la stessa percentuale, si localizza nel colon di destra. Una stima della frequenza di malattia diverticolare osservata nelle popolazioni di alcuni paesi (Regno Unito, Stati Uniti ed Australia), in rapporto all'età dei soggetti ed all'origine etnica, evidenzia che varia dal 5 al 50%. Tuttavia, malgrado questi dati certi, la prevalenza complessiva nelle aree geografiche indicate è difficilmente quantificabile poiché almeno l'85% dei casi sono asintomatici.

Storia naturale

Nello stadio iniziale il diverticolo può regredire, ma in un terzo dei casi il numero dei diverticoli e l'estensione al colon è destinato ad aumentare nel tempo.

La comparsa di questa forma dipende da una serie di condizioni. Il ruolo, per esempio, del tipo di alimentazione nel favorire o prevenire la diverticolosi appare sempre più fondamentale; infatti, negli ultimi decenni, viene segnalato un aumento progressivo della diverticolosi e delle sue forme complicate forse perché la popolazione più industrializzata sempre meno uso di fibre alimentari; nei paesi del continente africano invece il maggiore consumo di fibre comporta che i casi descritti siano nettamente inferiori.

Una probabile spiegazione a quanto osservato dipende dal fatto che l'insufficiente apporto di fibre nella dieta comporta una variazione della flora batterica e quindi l'instaurarsi di questa sequenza di eventi favorisce l'aumento della pressione nella parete del viscere intestinale, una locale diminuzione delle risposte immunitarie e quindi la formazione dei diverticoli.

L'attività fisica regolare sembra svolgere un ruolo di prevenzione così come l'assunzione cronica di farmaci tipo calcio-antagonisti per la cura di altre patologie, tipo l'ipertensione.

Per lo stesso motivo invece l'assunzione cronica di altri farmaci tipo antiinfiammatori cortisonici e non cortisonici (conosciuti come Fans) ed infine gli analgesici oppioidi sembra favorire le insorgenze di complicanze diverticolitiche.

L'evoluzione clinica sfavorevole della diverticolosi si verifica allorché, all'interno dei diverticoli, si sviluppa un'infiammazione. Il quadro clinico prende genericamente il nome di **Diverticolite** ed esprime quindi la presenza di malattia diverticolare non complicata. Questa forma si verifica dal 10 al 25% dei casi di diverticolosi e dopo il primo episodio può ricomparire, malgrado la terapia, nel 25% entro i primi 5 anni.

Tale evenienza che prende il nome di recidiva varia dal 7 al 42%. Il rischio di ulteriore recidiva dopo il primo ricovero è del 3%. Almeno il 50% di tali recidive si verifica entro il primo anno ed il 90% entro 5 anni. Le complicanze descritte sono state segnalate complessivamente nel 5% di soggetti con diverticolosi seguiti da 10 a 30 anni. Nel Regno Unito l'incidenza di perforazione è di 4 casi su 100.000 persone, quantificandosi approssimativamente a 2000 casi all'anno.



La malattia diverticolare si può complicare in diverse forme e comportare interventi chirurgici urgenti. Tra le manifestazioni vi è l'occlusione intestinale in presenza di un restringimento del lume intestinale (stenosi) indotto dalla infiammazione presente nei diverticoli e nel lume intestinale circostante. Inoltre, la possibilità di formazione di ascessi peri-diverticolari, di fistole che originano dal processo infiammatorio e si diffondono all'interno dell'addome comunicando con altri visceri, tipo l'intestino tenue ed anche la vescica. Da rilevare la possibilità di emorragie intestinali, talvolta condizionanti anemie acute, dovute alla erosione di un vaso arterioso all'interno del diverticolo infiammato ed infine, segnaliamo l'evenienza di perforazione intestinale con conseguente peritonite. La formazione di ascessi, appena descritta rappresenta uno stadio iniziale di peritonite che, non infrequentemente, si può controllare con terapia conservativa. I casi complicati hanno comportato negli ultimi 10-20 anni un progressivo aumento del numero di ricoveri ospedalieri e ha inoltre condizionato tassi di mortalità non trascurabili specialmente nei soggetti con perforazione. Questa sfavorevole evenienza non appare legata tanto alla malattia quanto al fatto che si verifica in soggetti per lo più anziani che hanno associate in precedenza numerose malattie cardio-respiratorie o metaboliche che, in presenza di diverticolite, evolvono senza controllo e alterano sfavorevolmente il precario compenso emodinamico o metabolico. Fortunatamente, la malattia diverticolare si può controllare con terapia medica nella maggior parte di casi, pur richiedendo il ricovero per monitorare la risoluzione del quadro clinico. Questo comportamento clinico rende a tutt'oggi la malattia diverticolare, allorché complicata, un'entità clinica severa in relazione ai postumi (morbilità) che comporta e tra questi i tempi prolungati di guarigione, le possibili recidive ed anche se meno frequentemente rischi di mortalità non trascurabili. È importante per questo che lo specialista informi il paziente nel modo più esauriente possibile sui diversi comportamenti della malattia e sulle strategie terapeutiche che verranno adottate di conseguenza. L'impatto sociale della malattia è nel complesso molto alto a tal punto da rappresentare la quinta malattia gastroenterica più importante.

Quali sono i sintomi?

I sintomi principali sono:

1. Dolore colico, prevalente nell'addome di sinistra
2. Febbre
3. Vomito
4. Occlusione intestinale sotto forma sia di blocco della defecazione che raramente di diarrea inusuale
5. Sanguinamento rettale
6. In alcuni casi sono pure associati disturbi urinari allorché per esempio si instaura una fistola con la vescica urinaria sotto forma di emissione di urine torbide e con aria.

I pazienti dopo un episodio di grave diverticolite acuta hanno nel tempo la possibilità di ripresentare sintomi cronici più prolungati, di evidenziare negli esami umorali indici di infiammazione (citochine) più alti rispetto ai pazienti che sviluppano lievi attacchi di diverticolite.

Queste diverse presentazioni cliniche possono contribuire alla stratificazione del rischio dei pazienti e guidare le decisioni terapeutiche. Nel caso vengano poi operati di resezione intestinale, all'esame istologico sono sempre descritti più infiltrati infiammatori nel tessuto colico diverticolare.

C'è una cura?

L'obiettivo della terapia medica è di migliorare sintomi e di prevenire sia gli attacchi ricorrenti e le complicanze della diverticolite. Quando questi si verificano la terapia medica risulta efficace nella maggior parte dei casi nel prevenire nel futuro la reazione infiammatoria e nel limitare l'evoluzione della malattia.

Nel caso venga diagnosticata la diverticolosi non complicata il principale aiuto viene da una dieta ricca di scorie; da un adeguato e proporzionale apporto idrico, condizione basilare per consentire evacuazioni di consistenza soffice e più rapida, evitando in tal modo le spinte eccessive. Una dieta con alta concentrazione di fibra e/o una integrazione di prodotti a base di fibre è stata largamente raccomandata ed in commercio esiste una lunga lista di prodotti, tuttavia i livelli di evidenza che ne dimostrano una provata efficacia non sono consistenti.



Da ricordare tuttavia che in caso di complicità determinante restringimento (stenosi) dell'intestino come effetto di una importante infiammazione la dieta ad alto contenuto di scorie deve essere evitata per alcune settimane ed in tal caso le diete semiliquide vanno consigliate senza eliminare l'assunzione di carni e carboidrati per garantire un sufficiente apporto calorico.

In un secondo tempo quando l'infiammazione sarà migliorata, a seguito di controlli diagnostici e sulla base delle condizioni cliniche, sarà possibile introdurre in modo graduale nella dieta le scorie sotto forma di verdure e frutta prevalentemente cotta.

Dal punto di vista farmacologico una serie di farmaci vengono comunemente utilizzati: spasmolitici, antibiotici, antinfiammatori tipo mesalazina (tale farmaco non rientra nella categoria dei Fans e Cortisonici in precedente descritti come favorevoli l'infiammazione) ed inoltre probiotici (fermenti lattici) che sono stati impiegati in modo svariato, singolarmente o associati.

Va ricordato al riguardo che l'assunzione di probiotici richiede al massimo una settimana da iniziare dopo la sospensione della terapia antibiotica ed eventualmente si può riprendere ciclicamente per lo stesso periodo nei mesi successivi. Per i prodotti menzionati non è stata comprovata la maggiore efficacia di un singolo farmaco rispetto ad altri o dell'associazione di più farmaci. Si sottolinea che il loro utilizzo non prevede comunque l'automedicazione, favorita dalla tendenza attuale a documentarsi sul web, bensì richiede obbligatoriamente la prescrizione del medico curante o dello specialista che indicheranno la posologia e la durata adeguata. In ogni caso un consulto di base da parte di un gastroenterologo e la presa in carico per controlli successivi è sempre consigliabile. Qualora in seguito i sintomi facciano sospettare la presenza di una forma complicata di diverticolosi il paziente dovrebbe rivolgersi subito al proprio medico curante e quindi essere inviato entro breve termine ad uno specialista chirurgo colo-rettale per un consulto.

Qualora la situazione clinica evolva sfavorevolmente e richieda un ricovero significa che la fase della malattia è complicata. In tal caso sono previsti sia periodi di osservazione clinica per controllare la risoluzione dell'evento acuto, sia interventi chirurgici qualora il quadro clinico peggiori.

L'indicazione all'intervento può essere programmata qualora si decida di intervenire in base alla ripetizione frequente degli episodi, malgrado la terapia medica, oppure in urgenza, qualora subentrino acutamente una delle complicanze e tra queste ricordiamo la perforazione intestinale del diverticolo con conseguente peritonite, oppure l'occlusione intestinale o l'emorragia infrenabile.

I tipi di interventi previsti riguardano la resezione del tratto intestinale interessato, seguita sia da ricongiunzione diretta del tratto intestinale sano, oppure la resezione del tratto intestinale con deviazione provvisoria delle feci (stomia), che andrà mantenuta per almeno 180 giorni secondo lo studio di revisione internazionale della Cochrane.

La scelta di un tipo di procedura rispetto ad un'altra dipenderà se gli interventi siano stati programmati in elezione oppure in urgenza. Nel primo caso infatti è possibile la ricongiunzione diretta intestinale senza stomia di protezione, nel secondo invece non è proponibile evitare la stomia, per quanto provvisoria, perché la situazione di urgenza come la peritonite impedisce la tenuta delle suture intestinali e quindi si verificherebbe ulteriore contaminazione batterica del cavo addominale.

Negli ultimi anni la chirurgia laparoscopica ha sostituito progressivamente l'approccio alla chirurgia aperta specialmente nelle situazioni in cui l'intervento viene effettuato in elezione. Minori sono le indicazioni alla laparoscopia in urgenza se non quando sia presente una forma peritonitica localizzata in cui è descritta la possibilità di effettuare una diagnostica laparoscopica, di lavare il cavo peritoneale e quindi di posizionare un drenaggio nella sede circostante alla perforazione. Il rationale di tale procedura risiede nel poter programmare in un secondo tempo l'intervento in elezione, evitando la stomia in urgenza.

I risultati di molti studi sono molto incoraggianti in questo senso, tuttavia è bene ricordare che tale approccio va riservato nei centri chirurgici in cui il volume di attività per queste forme sia elevato e quindi lo consenta in sicurezza.

In conclusione si ribadisce che la utilità di una corretta informazione riguardo a tutte le forme cliniche della diverticolosi è uno strumento essenziale per la prevenzione delle complicanze anche se non può essere sufficiente per evitarle.



BIBLIOGRAFIA

- 1) Ellison DL Acute Diverticulitis Management. Crit Care Nurs Clin North Am. 2018;30: 67-74. doi: 10.1016/j.cnc.2017.10.006.
- 2) Humes D, Smith JK, and Spiller RC Colonic diverticular disease BMJ Clinical Evidence 2011;03:405
- 3) Lahat A, Necula D, Yavzori M, Picard O, Halperin S, Eliakim R, Ben-Horin S Prolonged Recurrent Abdominal Pain is Associated With Ongoing Underlying Mucosal Inflammation in Patients who had an Episode of Acute Complicated Diverticulitis. J Clin Gastroenterol. 2018 Jan 19. doi: 10.1097/MCG.0000000000000980.
- 4) Cuomo R, Barbara G, Pace F, Annese V, Bassotti G, Binda GA, Casetti T, Colecchia A, Festi D, Fiocca R, Laghi A, Maconi G, Nascimbeni R, Scarpignato C, Villanacci V, Annibale B Italian consensus conference for colonic diverticulosis and diverticular disease. United European Gastroenterology Journal 2014, Vol. 2(5) 413–442