



Dott. Federico Messina

L'approccio chirurgico alla malattia diverticolare (di cui ho parlato nell'articolo "[Malattia diverticolare. Sintomi, complicanze e terapie](#)") è differente a seconda se questo viene eseguito in condizioni d'urgenza o d'elezione.

La chirurgia nella diverticolite acuta

Nel momento in cui la malattia diverticolare si presenta in fase infiammatoria acuta, ossia diverticolite, possono svilupparsi condizioni avverse già all'atto della diagnosi e che costituiscono una complicazione della semplice diverticolite.

Ascesso peri-diverticolare

Si verifica nel momento in cui, in vicinanza del segmento intestinale in preda al processo infiammatorio, si forma una raccolta di materiale purulento. In questo caso il paziente si presenta con febbre elevata e l'approccio ideale consiste nel limitare la progressione del processo infettivo attraverso la somministrazione di antibiotici e procedure chirurgiche più o meno invasive a seconda dell'estensione della raccolta di pus.

Una piccola raccolta infatti potrà essere drenata agevolmente attraverso il posizionamento di un tubo di drenaggio sotto guida ecografica. In questo caso, sotto visione ecografica, un ago-guida, dirigerà il tubo di drenaggio ad aspirare la raccolta purulenta. Se invece la raccolta è più estesa o posizionata in una regione anatomicamente difficile da raggiungere, l'unica soluzione è rappresentata dal lavaggio laparoscopico.

Si tratta di un intervento chirurgico vero e proprio ma eseguito con tecnica laparoscopica mini-invasiva, di breve durata e durante il quale sotto video-guida, si eseguirà l'aspirazione ed il lavaggio con soluzione fisiologica calda della raccolta infetta, abbattendo così la carica microbica. Si lascerà in sede un tubo di drenaggio che consentirà l'ulteriore detersione della raccolta.



Emorragia

In alcuni casi il processo infiammatorio acuto può causare l'erosione di alcuni vasi sanguigni più o meno grandi del segmento colico interessato, causando una emorragia. Le emorragie diverticolari di solito si curano con successo con una terapia medica conservativa, emotrasfusioni e difficilmente richiedono una risoluzione chirurgica

Perforazione diverticolare

È questa sicuramente l'evenienza più temuta in un quadro di diverticolite acuta. Essa si verifica quando la parete del diverticolo "scoppia", portando così a riversare il contenuto del colon all'interno della cavità addominale, provocando la cosiddetta peritonite.

Questa è una reale emergenza chirurgica per la quale il paziente si presenta in condizioni cliniche spesso gravi, con febbre molto elevata ed un tipico dolore diffuso a tutto l'addome che risulta avere un aspetto indurito.

In alcuni casi la perforazione è piuttosto piccola e accade che il tessuto grassoso riesca a "tappare il buco" riparando il colon e scongiurando il rischio di un intervento chirurgico e favorendo il trattamento conservativo in ospedale, somministrando antibiotici e fluidi endovenosi e tenendo il paziente a digiuno.

Quando l'entità della perforazione è importante, l'unica soluzione è ricorrere ad un intervento chirurgico emergente. Solitamente si pratica una incisione addominale mediana così da avere agevole accesso agli organi addominali. Si identifica la fonte della perforazione colica e si decide di resecare, asportando il segmento di intestino interessato dal processo diverticolitico.

Ulteriore scopo dell'intervento in questo caso è quello di controllare l'infezione che ormai si è propagata nella cavità addominale. Per questo motivo si eseguono numerosi ed abbondanti lavaggi con soluzione fisiologica calda, così da rimuovere la maggior quantità di materiale infetto presente.

In una situazione così drammatica a causa dell'importante processo infettivo, una volta resecato il segmento di intestino causa del problema, è molto rischioso ricongiungere i due monconi intestinali al fine di ristabilire il transito colico.

Nella maggior parte dei casi dunque si decide di creare una stomia, la cosiddetta deviazione dell'intestino alla cute, in modo che il contenuto fecale venga raccolto attraverso un sacchetto esterno.

L'intervento viene quindi completato posizionando anche più di un drenaggio addominale tubulare e il

paziente viene inviato alle cure della terapia intensiva per alcuni giorni o finché non si è certi che la terapia antibiotica e le cure mediche combattano le tossine liberate dall'infezione. La deviazione dell'intestino in questi casi è per fortuna temporanea. Generalmente infatti dopo circa 8 settimane si può programmare un secondo intervento in cui si procederà a chiudere la stomia e ricongiungere i due capi colici restaurando la naturale continuità intestinale.

Questo intervento può anche essere eseguito tentando un approccio laparoscopico e risulta essere piuttosto delicato. Il ricongiungimento dei capi colici infatti viene eseguito utilizzando una suturatrice meccanica. Al termine dell'intervento seguirà un periodo di ricovero di alcuni giorni, volto ad accertarsi che le suture si siano saldate definitivamente.

Il decorso postoperatorio è piuttosto delicato poiché potrebbero verificarsi delle complicanze tra cui infezioni della ferita ma soprattutto leakage dell'anastomosi e cioè la perdita di materiale attraverso lo spazio compreso tra un punto di sutura e l'altro. In questi casi può generarsi un'infezione che di solito però viene controllata agevolmente con gli antibiotici e il drenaggio.

La chirurgia nella malattia diverticolare stabilizzata

Nel caso in cui un paziente sia già a conoscenza della situazione della sua malattia diverticolare o abbia esperienza di ripetuti episodi di coliche, può accadere che magari eseguendo una colonscopia di controllo ci si renda conto che a seguito delle numerose coliche, il tessuto cicatriziale che si è venuto a formare, sta lentamente chiudendo il lume dell'intestino.

In questo caso, oltre i già noti rischi, il paziente è in pericolo di sviluppare una progressione della chiusura del lume colico fino alla sua completa occlusione. Per evitare questa catastrofica evenienza è possibile pensare ad un intervento programmato. In questi casi preferisco parlare ampiamente coi miei pazienti riguardo al grado di evoluzione della malattia diverticolare, in modo da condividere una scelta chirurgica appropriata al singolo caso.

Si può in questi casi programmare un intervento chirurgico evitando il rischio di ritrovarsi una stomia. Si può infatti eseguire un intervento di resezione in laparoscopia in elezione, rimuovere il segmento colico malato e nel corso dello stesso intervento, procedere al ricongiungimento dei due capi colici utilizzando una suturatrice meccanica. Dopo aver sezionato il segmento colico, questo viene estratto dall'addome, praticando una piccola incisione di 5 cm al fianco sinistro o sopra il pube.

Con questo intervento dunque si riesce a scongiurare sia il rischio di perforazione che quello di occlusione intestinale. L'utilizzo delle tecniche laparoscopiche, inoltre, favorisce un più rapido recupero postoperatorio e ritorno alle proprie attività.

Anche se eseguito in laparoscopia questo intervento presenta delle difficoltà tecniche legate al fatto che col tempo, a seguito delle ripetute coliche, l'infiammazione avrà creato numerose aderenze tra i visceri intestinali e le strutture addominali vicine, aumentando il rischio di complicanze intraoperatorie tra cui le possibilità di lesione di altri visceri o di vasi sanguigni.

In alcuni casi il manicotto infiammatorio del colon può addirittura inglobare quel condotto tubulare che porta l'urina dal rene alla vescica: l'uretere, causando infezioni delle vie urinarie ripetute, ma anche un elevato rischio di danneggiarlo durante l'intervento stesso.

Come si può facilmente comprendere si tratta di una operazione tecnicamente importante e per la quale è fondamentale che il chirurgo e il paziente condividano una decisione che può essere determinante per migliorare la qualità di vita del paziente.

GUARDA IL VIDEO: <https://youtu.be/ugs6UQI0bgA>