



il punto

A.S.P.A.M.

Notiziario dell'Associazione Scientifica Promozione Aggiornamento Medico

Anno II

Numero 5 - 2007

Bolettino Ufficiale A.S.P.A.M. - Anno 2 - N. 5 - 2007 - Reg. Trib. Siena n. 7 del 25.03.2006 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27.02.2004 n. 46) art. 1, comma 1, AUT. DIR/CB PA/CENTRO1 valida dal 30/06/2006 - Siena C/O



**L'A.S.P.A.M. SPERA
IN UN FUTURO ROSEO!**

Il volvolo del colon

Ne consegue un quadro occlusivo intestinale associato a sofferenza ischemica che richiede un trattamento d'urgenza

Vincenzo Leone e Daniele Misuri

U.O. di Chirurgia Generale, Ospedale di Santa Maria Nuova - Firenze

Per volvolo si intende un'anomala rotazione di un segmento intestinale che può avvenire o attorno al proprio asse longitudinale, come avviene nel caso dei volvoli del colon destro, oppure attorno all'asse dei vasi mesenterici come avviene nel caso dei volvoli del sigma. Ne consegue un quadro occlusivo intestinale associato a sofferenza ischemica che richiede un trattamento d'urgenza.

Nei mondo occidentale il volvolo del colon rappresenta come frequenza la terza causa di occlusione intestinale, dopo i carcinomi e la malattia diverticolare, con un'incidenza dell'1-5% dei casi ed interessa quasi esclusivamente pazienti anziani. Il segmento maggiormente interessato è il sigma (80% dei casi) seguito dal cieco-colon ascendente (15%), dal colon trasverso (3%) e dalla flessura splenica (2%). Maggiore è invece la sua incidenza nei paesi in via di sviluppo (Africa in particolare) dove si osserva in pazienti di età più giovane, rappresentando oltre il 50% dei casi di occlusione intestinale del colon e con interessamento quasi esclusivo a carico del sigma (1).

CASISTICA

Nel periodo 1997/2006 abbiamo osservato 32 pazienti affetti da volvolo del colon. Si trattava di 18 femmine e 14 maschi con età media di 78,37 anni (range 20-100), tutti sottoposti ad intervento chirurgico. In 28 casi (87,5%) il segmento del colon volvolato era costituito dal sigma (**Foto 1 e 2**); nei rimanenti 4 casi era interessato il cieco o il segmento cieco-ascendente (**Foto 3**).



Foto 1. Volvolo del sigma con cianosi della parete intestinale da sofferenze ischemica



Foto 2. Enorme distensione di sigma volvolato

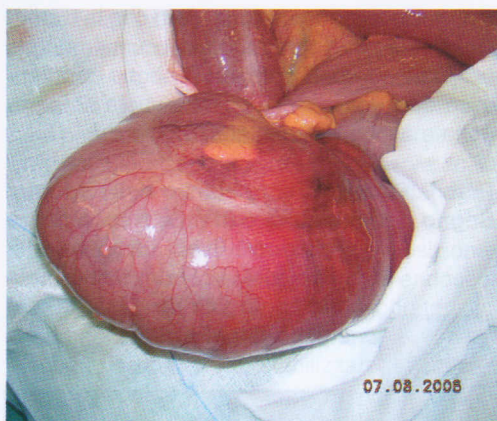


Foto 3. Volvolo del cieco

Nella tabella I sono riportate le procedure chirurgiche effettuate, da cui si desume come l'intervento più di frequente effettuato è stato la resezione del sigma con affondamento del moncone distale e colostomia sinistra di tipo terminale (intervento di Hartmann).

Tab. I – Procedure chirurgiche praticate

Tipo di Intervento	N° Pazienti
Resezione sigma sec. Hartmann	15
Derotazione e colopessi	10
Derotazione, colopessi e colostomia	2
Resezione sigma e colostomia a canna di fucile	2
Resezione sigma, anastomosi colon-retto e colostomia	1
Derotazione, colopessi e resezione ileale	1
Emicolectomia destra	1

DISCUSSIONE

L'etiologia nei volvoli del sigma è di tipo acquisito, legato soprattutto ad un uso prolungato di farmaci psicotropi o di sedativi i quali, interferendo con la normale motilità intestinale, favoriscono la stasi fecale e quindi la distensione del viscere e lo stiramento dei mesi con predisposizione al volvolo. Ciò spiega come tale patologia si osservi soprattutto negli anziani, nei pazienti psichiatrici o in soggetti allattati.

Anche l'affermazione che il volvolo del colon si osserva con maggiore frequenza in soggetti che fanno un uso eccessivo di lassativi, catarctici o clisteri, è da considerarsi come la conseguenza più che la causa del volvolo, trattandosi cioè di pazienti affetti da costipazione cronica. Infine da ricordare l'etiologia infettiva che si osserva esclusivamente in alcune aree geografiche, (sud America), legata ad infezione protozoaria da *tripanosoma cruzi*, agente etiologico della malattia di Chagas, in cui è presente una distruzione delle fibre nervose del plesso mioenterico con conseguente alterata motilità intestinale. Analogo meccanismo è da attribuirsi ai casi di volvolo in pazienti affetti da megacolon congenito (morbo di Hirschsprung).

Invece nei paesi in via di sviluppo (Africa, Asia) tale affezione si osserva in pazienti più giovani ed il principale fattore favorente è rappresentato dalla dieta ad alto residuo di fibre e di scorie che portano ad un incremento delle dimensioni del sigma.

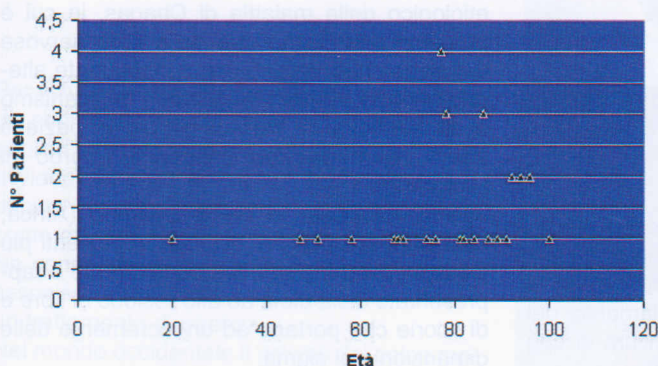
Al contrario, per quanto riguarda il colon destro più che fattori acquisiti sono chiamati in causa alterazioni di tipo embriologico che, pro-

vocando un mancato accollamento tra peritoneo viscerale e parietale, portano alla formazione di mesi più lunghi della norma e mobili, che predispongono al volvolo.

Esiste anche una predisposizione legata a sesso, razza ed età: il volvolo del sigma è più frequente nei soggetti di sesso femminile (63,7%), il che si spiega forse per ragioni anatomiche essendo la pelvi della donna più

ampia, dopo la sesta decade di vita (mentre nei paesi in via di sviluppo si osserva in media 15-20 anni prima), inoltre è più frequente nella razza negra (67%). Anche nella nostra casistica, come riportato nella fig. 4, la maggioranza dei pazienti (28 pari all' 87,5%), aveva una età superiore ai 60 anni.

Distribuzione dell'età dei Pazienti

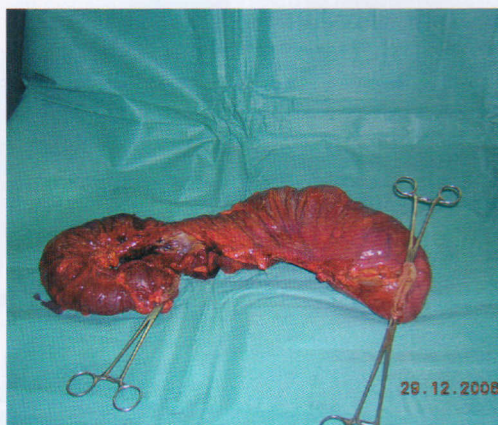


procedura va effettuata con cautela per il rischio perforativo, ed è comunque gravata da un alto tasso di recidive (4). Anche nella nostra casistica, in 6 casi si è proceduto a detensione e parziale derotazione del volvolo, ma sempre, nei giorni successivi si è osservata la sua recidiva che ha imposto un trattamento chirurgico. D'altronde è innegabile che la detensione endoscopica o tramite posizionamento di una sonda sempre per via endoscopica, in assenza di segni clinici, laboratoristici o strumentali di necrosi o di perforazione del viscere, permettono di stabilizzare il paziente e di dilazionare l'intervento convertendo una situazione di urgenza chirurgica in una di elezione, certamente con un minore rischio per il paziente (5). Nella nostra casistica, nella maggioranza dei casi (46,8% – 15 pazienti) l'intervento chirurgico effettuato è stato la resezione del sigma volvolato con affondamento del moncone distale e colostomia (intervento di Hartmann) (**Fig. 7**) che, nella nostra esperienza, ha avuto il pregio di presentare una bassa incidenza di complicanze. Infatti, in una situazione di emergenza, quando le condizioni del paziente non sono ottimali e l'intestino non è stato preparato, esiste un rischio maggiore di cedimento dell'anastomosi che mette a rischio la vita del paziente. Tale procedura pone invece al riparo da tale complicanza potenzialmente letale, in quanto non prevede la ricostruzione immediata della continuità intestinale, ma questa viene rimandata ad un fase successiva in elezione, con il paziente in condizioni ottimali per subire tale procedura chirurgica.

Nei casi in cui il segmento intestinale era vitale, scarsamente dilatato, ed anche in considerazione delle compromesse condizioni generali del paziente, si è invece optato per interventi meno traumatizzanti e più rapidi come la riduzione manuale del volvolo seguita dalla fissazione del viscere alla peritoneo parietale (colopessi) con o senza colostomia a monte. Tale procedura anche se ha il pregio di essere poco traumatizzante e rapida, e quindi adatta in pazienti anziani con compromesse condizioni generali, presenta però l'inconveniente di un elevato tasso di recidiva. Anche nella

nostra esperienza, in un caso abbiamo osservato in un paziente operato di colopessi per volvolo del sigma, a distanza di 9 mesi, recidiva del volvolo per cui si è effettuato nuovo intervento, questa volta di tipo radicale, di resezione del sigma secondo Hartmann.

Foto 7. Paziente della fig. 5: resezione chirurgica del segmento di sigma volvolato



Va infine ricordato come la prognosi del volvolo del colon sia legata alla sua diagnosi precoce e conseguentemente a un suo trattamento immediato come è dimostrato dai dati della Letteratura: la mortalità media è del 10-15%, ma sale al 52,9% se la diagnosi avviene con ritardo, tanto che ai nostri giorni una mortalità superiore al 10% è definita come "mortalità da ritardata diagnosi".

Per tali motivi è importante sempre sospettare tale affezione in presenza di un quadro occlusivo intestinale insorto in un paziente anziano che mostra una marcata e rapida distensione addominale, tanto più se il nostro paziente rientra in quei gruppi che potremmo definire "a rischio" (soggetti psichiatrici, allettati, anziani) nei quali le limitazioni mentali presenti o per malattia o per età avanzata li rendono poco collaboranti e quindi di diagnosi più difficoltosa.