

OSPEDALE GENERALE DI ZONA « O. MAESTRI » — TORRITA DI SIENA

Divisione di Chirurgia Generale

Primario: Prof. G. Ricco

V. LEONE

P. ROSA

F. RAMINI

## **Implicazioni terapeutiche del diverticolo vero del duodeno**

*Estratto da:*

ATTI E MEMORIE DELLA SOCIETA' MEDICA DELLA PROVINCIA DI ROMA

Anno VII - N. 2 - 1981

## Implicazioni terapeutiche del diverticolo vero del duodeno

V. LEONE

P. ROSA

F. RAMINI

### **Therapeutic problems of primary duodenal diverticulum.**

*Six cases of primary duodenal diverticulum observed since 1979 are reported. Then the Authors review the literature about the therapeutic problems and explain the main indications followed by them.*

### **Premessa**

La prima descrizione di un diverticolo duodenale risale al 1710 ad opera di Chome (5), il quale lo evidenziò in corso di autopsia. In seguito altri Autori hanno studiato e descritto tale patologia, sempre su materiale autoptico (Morgagni, 1761; Hhan, 1798; Fleischmann, 1813), mentre bisogna giungere agli inizi del secolo, con l'introduzione della Radiologia nel campo della diagnostica, per trovare in letteratura il primo caso di diverticolo duodenale osservato e descritto nel vivente (2).

Da allora numerose osservazioni si sono succedute, contribuendo all'esatto inquadramento anatomico-clinico ed epidemiologico di tale affezione.

Attualmente la sua incidenza viene valutata intorno al 15-20% delle autopsie ed all'1-2% degli esami radiologici (4, 11). Non sembra che vi sia una chiara propensione per uno dei due sessi, l'età colpita è oltre i 50 anni, con massima incidenza tra la VI e la VII decade (10).

Da un punto di vista anatomico-patologico si distinguono: a) *Diverticoli veri (o primitivi)*, più frequenti in età matura (oltre i 50 anni), con localizzazione preferenziale al livello della II porzione duodenale (66% dei casi), seguita dalla IV porzione (10%) e dalla III (4%) (11). Strutturalmente sono costituiti da un'estroflexione della mucosa e della sottomucosa attraverso un punto debole della muscolare duodenale; b) *Diverticoli falsi, secondari* al processo ulcerativo peptico e/o a flogosi colecisto-pericolecistica, con sede preferenziale al livello della I porzione duodenale ed anatomicamente costituiti da tutti gli strati della parete intestinale.

A parte va infine ricordato il raro *diverticolo endoluminale* del duodeno, il quale rientra nel campo delle anomalie congenite.

### **Esperienza clinica**

L'osservazione clinica di 6 casi di diverticolo vero del duodeno ci ha pertanto indotto a rivedere la letteratura sull'argomento, con particolare riguardo per le implicazioni terapeutiche che esso può comportare.

Nel periodo 1979/81 abbiamo osservato 6 casi di diverticolo duodenale su di un totale di 218 pazienti sottoposti ad esami radiologici delle prime vie digerenti (2,75%).

La Tabella 1 sintetizza i principali dati relativi al gruppo di pazienti osservati.

In tutti i casi si è trattato di pazienti sintomatici nei quali il riscontro di un diverticolo duodenale costituì un reperto inatteso. In 4 pazienti inoltre, si evidenziò anche una patologia associata, la quale venne trattata da sola o contemporaneamente al diverticolo (Tabella 1).

### **Discussione**

L'interesse destato dalla malattia diverticolare del duodeno riguarda soprattutto le sue implicazioni terapeutiche: intervenire sempre chirurgicamente o assumere un atteggiamento di attesa, anche in considerazione della sua scarsa rilevanza clinica?

Da un accurato esame della letteratura risulta come si sia passati da un iniziale atteggiamento alquanto interventista, ad un più critico e selettivo approccio terapeutico, anche in considerazione della mortalità abbastanza elevata (intorno al 10%) che tale intervento poteva comportare (3, 21).

Così secondo Edwards (8) il diverticolo va considerato « sintomatico », e quindi suscettibile di asportazione chirurgica, quando all'indagine radiologica presenta: 1) Ritenzione del m.d.c. nel suo lume per più di 24 ore. 2) Grosse dimensioni e colletto sottile. 3) Dolore alla palpazione mirata. Secondo Grasso (10) invece il diverticolo infiammato è caratterizzato dai: 1) Contorni sfumati. 2) Opacizzazione disomogenea per verosimile presenza di secreti nel lume. 3) Scomparsa delle pliche mucose in corrispondenza del colletto. 4) Scarsa modificabilità durante l'esame. 5) Dolore alla palpazione mirata.

Per altri Autori (8) (17), le dimensioni del diverticolo, una storia clinica datante da lungo tempo, la resistenza al trattamento medico a base di antispastici ed antiacidi, possono rappresentare un'indicazione all'intervento chirurgico.

Un'altro aspetto messo più volte in evidenza (13, 16) riguarda la frequenza con cui i diverticoli a sede iuxta-vateriana si associano a

TABELLA 1. - *Casistica personale.*

N.	Età Sesso	Sintomatologia	Localizzazione	Dimens.	Patologia associata	Terapia
1 F.V.	62 M	Da 3 mesi epigastralgia senza rapporto con i pasti.	II porzione	32 mm	Colelitiasi	Colecistectomia e diverticulectomia semplice
2. R.M.	73 M	Epigastralgia da 6 mesi. Presenza di sangue occulto nelle feci (+++).	II porzione	65 mm	No	Diverticulectomia semplice
3. G.M.	54 F	Da 1 anno turbe dispeptiche. 2 mesi fa episodio di colica biliare.	Ginocchio duodenale inferiore.	12 mm	Colelitiasi	Colecistectomia
4 F.A.	57 M	Epigastralgia da 2 mesi, talora irradiata all'ipcondrio dx.	II porzione	8 mm	Colelitiasi, polipo antrale gastrico	Colecistectomia e gastrotomia con polipectomia
5 C.T.	66 M	Epigastralgia con turbe dispeptiche da 1 anno.	II porzione	35 mm	No	Terapia medica
6 B.E.	83 M	Episodi ricorrenti di epigastralgia specie a digiuno.	IV porzione	15 mm	Diverticolo da pulsione al III medio esofageo	Terapia medica

litiasi biliare (22-31% dei casi) (17). Tale associazione potrebbe trovare una spiegazione secondo Lotveit (15) nel fatto che soggetti con diverticoli iuxta-vateriani presentano un'alterata dinamica del flusso bilioduodenale (riduzione della minima e della massima risposta pressoria e della durata della risposta stessa). Tali disfunzioni spiegherebbero inoltre la frequenza con cui si è dimostrata nei portatori di diverticolo iuxta-vateriano l'esistenza di una contaminazione batterica, specie da E. Coli, a carico dell'albero biliare (9, 15, 16). Comunque ancora non è del tutto chiaro se ciò consegua alla semplice presenza del diverticolo o, più verosimilmente, a processi flogistici a partenza diverticolare propagati alla papilla.

A tale proposito Manny (17) consiglia l'esplorazione endoscopica della regione vateriana, per meglio valutare i rapporti tra questa ed il lume diverticolare e, in presenza di uno sbocco dell'ampolla di Vater all'interno del diverticolo, propone la colecistectomia con diversione del flusso biliare.

Figurando il nostro atteggiamento terapeutico, in un paziente (caso 2) si è praticata la diverticulectomia semplice, convinti che la presenza del diverticolo, di grosse dimensioni ed in preda a flogosi, fosse alla base del sanguinamento intestinale, anche perché le indagini praticate avevano escluso altre possibili cause di emorragia (17, 19). In tre casi gli accertamenti praticati evidenziarono la presenza di una patologia associata: in due pazienti si è esclusivamente intervenuti su questa, tralasciando il diverticolo per le sue modeste dimensioni e la sua localizzazione lontana dalla papilla (casi 3 e 4); nel terzo, alla colecistectomia si è associata la diverticulectomia, viste le dimensioni e la sede iuxta-vateriana del diverticolo (caso 1). Infine nei rimanenti due pazienti non si è ritenuto opportuno intervenire chirurgicamente per la buona risposta avuta con il trattamento medico.

## Conclusioni

Dai dati espisti ed in accordo con altri Autori (6, 8, 16, 17), riteniamo pertanto che in presenza di un diverticolo duodenale l'indicazione chirurgica vada posta, oltre che in tutti i casi complicati, in quei pazienti sintomatici nei quali le indagini praticate abbiano con certezza escluso l'esistenza di altre patologie associate e nei quali un tentativo di terapia medica sia stato infruttuoso. Siamo inoltre favorevoli all'intervento in pazienti asintomatici quando le dimensioni e la localizzazione iuxta-vateriana facciano ritenere prudente la rimozione del diverticolo, anche al solo scopo profilattico.

## RIASSUNTO

*Gli Autori riportano sei casi di diverticolo vero del duodeno osservati dal 1979. Quindi rivedono la letteratura circa le sue implicazioni terapeutiche ed illustrano i principali criteri da loro seguiti per l'indicazione all'intervento.*

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BURGESS C.M., BALL J.I.: *Complications of surgery on duodenal diverticula*. Surg. Clin. North Am., 50, 351, 1970.
- 2) CASE J.T.: *Roentgen observations on the duodenum with special reference to lesions beyond the first portion*. Am. J. Roentgenol., 3, 314, 1916.
- 3) CATTELL R.B., MUDGE T.J.: *The surgical significance of duodenal diverticula*. New England J. Med., 246, 317, 1952.
- 4) CHITAMBER I.A., SPRINGS C.: *Duodenal diverticula*. Surgery, 33, 768, 1953.
- 5) CHOMEL J.B.L.: *L'histoire de l'Académie Royale, Paris*. L'Institut de France, Académie des Sciences, 37, 1710.
- 6) CONCILIO A.: *I diverticoli duodenali. Considerazioni*. Gazz. Med. Chir., 77, 21, 1972.
- 7) COX E.: *The Clinical significance of duodenal diverticulosis*. Gut, 11, 371, 1970.
- 8) EDWARDS H.C.: *Diverticula and diverticulitis of the small and large intestine*. Wright Bristol, 1939.
- 9) FUNCH-JENSEN P., CSENDES A., KRUSE A., OSTER M.J.: *Common bile duct pressure and Oddi sphincter pressure in patients with common bile duct stones with and without juxta-ampullar diverticula of the duodenum*. Scand. J. Gastroent., 14, 253, 1979.
- 10) GRASSO N.: *Aspetti epidemiologici, clinici e radiologici dei diverticoli duodenali*. Radiol. Med. (Torino), 64, 1131, 1978.
- 11) GUIVARC'H M., ROULLET-ANDY J.C.: *Diverticules duodénaux*. Encycl. Méd. Chir. Paris, Techniques chirurgicales, Appareil Digestif, 4.0.03, 40410.
- 12) JONES T.W., MERENDINO K.A.: *The perplexing duodenal diverticulum*. Surgery, 48, 1068, 1960.
- 13) LANDOR J.H., FULKERSON C.G.: *Duodenal diverticula. Relationship to biliary tract disease*. Arch. Surg., 93, 182, 1966.
- 14) LIEBERMAN A., RAMOS R.: *Duodenal diverticula. Surgical treatment*. Am. J. Gastroenterol., 39, 123, 1963.
- 15) LOTVEIT T., OSNES M., ANNE S., LARSEN S.: *Studies of the choledochoduodenal sphincter in patients with and without juxta-papillary duodenal diverticula*. Scand. J. Gastroent., 15, 875, 1980.
- 16) LUKES P.J., ROLNY F., NILSON A.E., GAMKLOU R.: *Clinical significance of duodenal diverticula and value of hypotonic duodenography*. Acta Radiolog. Diagn., (Fasc. 1A) 20, 93, 1979.
- 17) MANNY J., MUGA M., EYAL Z.: *The continuig clinical enigma of duodenal diverticulum*. Am. J. Surg., 142, 596, 1981.
- 18) PINOTTI H.W., TACLA M., PONTES J.F., BETTARELLO A.: *Surgical procedures upon iuxta-ampullar duodenal diverticulum*. Surg. Gynec. Obst., 135 11, 1972.
- 19) PISES P.: *Bleeding duodenal diverticula*. Am. J. Gastroenter., 43, 121, 1965.
- 20) ROLNY P., LUKES P.J., GAMKLOU R., DOTEVALL G., NILSON A.E.: *The clinical significance of duodenal diverticula*. Scand. J. Gastroenterol., 11, 53, 1976.
- 21) WAUGH J.M., JOHNSTON E.V.: *Primary duodenal diverticula*, Ann. Surg., 141, 193, 1955.
- 22) ZINNINGER M.M.: *Diverticula of the duodenum: indications for a technique of surgical treatment*. Arch. Surg., 66, 846, 1953.