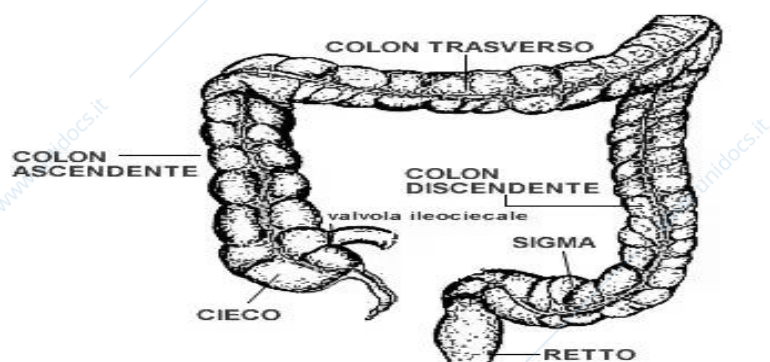


## CHIRURGIA GENERALE LEZIONE 1

### TUMORE COLON-RETTO

Il tumore del colon retto è una patologia prevalentemente occidentale, perlomeno per i dati che abbiamo a disposizione, la predisposizione riguarda i fattori genetici. È al secondo posto tra i tumori più mortali sia per uomini che per donne, secondo i dati le diagnosi under 50 sono aumentate (da indagare se grazie ad una diagnosi precoce o se per aumento di incidenza).

Prima di parlare della patologia il prof ci tiene a fare una ripetizione dell'anatomia del colon.



Anatomia del colon: Il colon o intestino crasso è la parte terminale dell'intestino, si estende dall'intestino tenue all'ano e comprende il ceco, il colon ascendente, il colon trasverso, il colon discendente, il sigma ed il retto che termina con il canale anale. Il colon è lungo circa 140 cm e descrive un arco che abbraccia l'intestino tenue.

**È tra i tumori più diffusi al mondo, sia tra gli uomini che tra le donne. La localizzazione prevalentemente è il tratto basso del colon (sigma, retto e segue poi lungo il colon con una percentuale inferiore di coinvolgimento del colon sinistro rispetto al destro).**

#### Patogenesi:

- **Familiarità**
- **Fattori predisponenti: FAP (poliposi Adenomatosa familiare) e AFAP (poliposi Adenomatosa familiare attenuata); Sono due esempi di patologie ereditarie dove si formano dei polipi nel colon che predispongono alla formazione di tumori.**

**Nel 90% dei casi c'è un adenoma (polipo) che può andare incontro a fenomeni di alterazione;**

**Nel 90% è sporadico;**

**Nel 10% è ereditario.**

### DIAGNOSI TUMORE COLON RETTO

- Sangue occulto nelle feci;
- Almeno 3 campioni positivi;
- Colonscopia;
- Per stadiazione TC con contrasto.

#### Prevenzione primaria:

- Un soggetto che ha una diagnosi di poliposi è un candidato per l'asportazione dei polipi che rappresentano, come abbiamo visto, un fattore di rischio.
- Fans: si è visto che in pazienti soggetti a terapie croniche con FANS, vi è una riduzione del rischio d'insorgenza di tumore al colon-retto.

**N.B.** Il rischio aumenta in pazienti con età superiore a 50 anni. Se consideriamo l'incidenza per età, si è visto che c'è stata una diminuzione dei casi di tumore; ciò è dovuto non alla diminuzione dei casi di per sé, ma prevalentemente alle campagne di screening, dove scopriamo prima la problematica e siamo in grado quindi di intervenire prima; tutto questo chiaramente ha impatto sull'incidenza.

#### Fattori di rischio

- Poliposi o storia di tumore
- Presenza di malattie croniche infiammatorie intestinali
- Storia familiare

Nel caso in cui si trova un polipetto viene asportato e successivamente il paziente segue un percorso oncologico perché c'è stata diagnosi di adenocarcinoma. In questo caso si tratta di pazienti con piccole lesioni, nel caso di lesioni più gravi, quindi in fasi già oltre il polipo, la strada da seguire inizia con terapie neoadiuvanti ovvero radioterapie o chemio terapie prima dell'intervento chirurgico.

Inizialmente i pazienti con tumore al colon retto sono asintomatici, successivamente i sintomi che si manifestano sono:

- Astenia
- Anemizzazione
- Perdita di sangue nelle feci (soprattutto nelle lesioni in sede del retto)
- Dolore addominale (quando le lesioni sono già ad uno stadio più avanzato e sono più grandi)
- Stipsi seguiti da scarica di diarrea
- Occlusione intestinale (soprattutto nel caso di lesioni a manicotto) configurandosi come addome acuto

Per quanto riguarda il trattamento quello a cui si punta è innanzitutto portare il paziente ad una remissione, quindi guarirlo, ciò vuol dire che se viene indirizzato direttamente alla chirurgia l'intento sarà quello di fare una resezione con radicalità Rzero. Questa operazione consiste nell'eradicare tutto il tumore con dei margini di resezione liberi ed ampi (si lascia del tessuto sano in modo da evitare che cellule neoplastiche che hanno lasciato la sede di origine proliferano nei tessuti circostanti) e si ricongiungono i due margini a monte e a valle. L'anastomosi può essere fatta contestualmente alla resezione o in un secondo tempo e in questo caso si va a confezionare la stomia (il pz esce dall'intervento con una borsetta). La borsetta può essere tratta dall'ileo – ileo stomia – in questo caso il tumore era localizzato a destra, o dal colon – colono stomia – il quale il tumore era localizzato a sinistra.

Nel caso dell'ileostomia c'è più disagio rispetto alla colonostomia perché la gestione è più fastidiosa in quanto il contenuto è più liquido.

Nei casi più gravi la chirurgia è palliativa, non è possibile asportare tutta la lesione e si toglie quanto più possibile della malattia.

Pazienti che non sono candidabili direttamente alla chirurgia vanno incontro ad un percorso neoadiuvante (chemio e radioterapia prima dell'intervento chirurgico).

**Nella quasi totalità dei casi si va incontro al trattamento chirurgico, che può essere preceduta, seguita o entrambe, da chemioterapia o radioterapia.**

La decisione non spetta al chirurgo o solo l'oncologo, ma viene effettuata da un gruppo oncologico multidisciplinare (GOM). All'interno di questa équipe ci sono chirurghi, radiologi, oncologi che insieme visionano il caso, con le indagini che il paziente ha effettuato, come ad esempio la TAC e i reperti istologici. A quel punto si decide se farlo andare in chirurgia direttamente o se fare una radio/chemio prima o dopo.

Effettuare una radio o chemioterapia prima, permette di ridurre la massa e renderla più operabile;

Chemio e radio post intervento servono per bonificare la zona, nel caso vi fossero ancora delle cellule tumorali in loco, o come terapia palliativa.

Per tumori andati in metastasi o tumori carcinosi (placche bianche di disseminazioni tumorali lungo tutto il peritoneo) le linee guida ci dicono di fermarci e non asportare più il tumore, questo perchè la prognosi per quel paziente non cambia se lo rimuovo o meno. Ciò che si può fare è sottoporlo ad un intervento palliativo, effettuando una stomia ad esempio, così almeno non andrà in occlusione intestinale.

La chirurgia la utilizziamo per malattia iniziale, avanzata o recidiva.

## **TERAPIA DEI TUMORI DEL COLON-RETTO**

### **CHIRURGIA (99%)**

**Elezione (71-90%): Curativo (80%) - Palliativo (20%)**

**Urgenza (5-29%): Curativo (60%) - Palliativo (40%)**

### **TRATTAMENTI ASSOCIATI CODIFICATI**

**CHEMIOTERAPIA (50%)**

**RADIOTERAPIA (30%)**

**Solo K retto**

**Obiettivi: Neoadiuvante, Adiuvante e Palliativo**

Chirurgia d'urgenza quando il paziente si presenta in determinate condizioni quali: è occluso, sanguina va incontro a perforazione, a fistole.

Il prof ci spiega la classificazione TNM dei tumori:

1. Per T (Tumor) si intende la descrizione della grandezza e dell'estensione del tumore solido.
2. Per N (Nodes) si intende la valutazione del coinvolgimento di linfonodi regionali
3. Per M (Metastasis) si intende la valutazione della presenza/assenza di metastasi lontane dal tumore primario

Questi parametri sono seguiti da un valore numerico che va da 0 a 4 (o nullo - 4 grande), o da una x che sta a significare che non si conosce l'esatta estensione. A questo punto si può classificare un tumore:

- **MALATTIA INIZIALE (60%)**

- **T1-2-3, N0, M0**

- **MALATTIA AVANZATA (40%)**  
(OGNI T, N+, MX)

- **RESECABILE**

*Scopo: Radicale*

*Senza Residuo (R0) =*

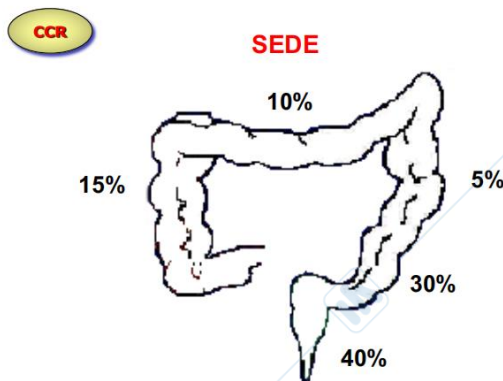
*Palliativo*

*Con Residuo (R1) = Scopo*

- **RECIDIVA LOCO-REGIONALE (2.6% NON RESECABILE 32%)**

- **MALATTIA METASTATICA (20%)**

La principale sede del tumore colon retto è a sinistra quindi intorno al sigma/retto, prevalentemente nelle zone nel quale vi sono flessure (splenica – sx – epatica – destra) ovvero dove ci sono le angolature. In seguito, le percentuali:



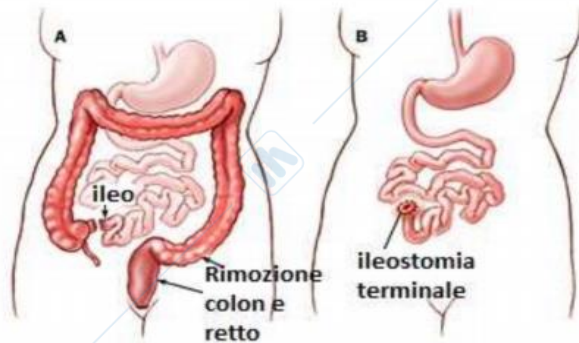
Il tipo di intervento da eseguire cambia a seconda della sede:

- Tumore localizzato a destra (Cieco e colon ascendente): intervento di emicolectomia destra (ci si ferma a livello della flessura epatica);
- Tumore della flessura epatica: emicolectomia destra allargata (intervento di rimozione fino a metà colon trasverso).
- Tumore colon trasverso: emicolectomia destra allargata o una resezione segmentarla (rimozione solo dell'intestino crasso trasverso);
- Tumore flessura splenica: emicolectomia sinistra (rimozione di tutta la parte sinistra, compresa la flessura splenica);
- Tumore colon discendente: intervento di sinistra vera (rimozione colon sinistro senza toccare il trasverso e la flessura);
- Tumore del sigma: Colectomia segmentarla (rimozione della parte di sigma interessato) o emicolectomia sinistra bassa (rimozione di colon sinistro e sigma).

Se il tumore si trova più in basso vuol dire che interessano il retto ed in questo caso gli interventi chirurgici sono:

- Resezione anteriore (si toglie solo il retto);
- Resezione secondo Hartmann (si toglie il sigma e la parte prossimale del retto);
- Amputazione addomino-perineale secondo Miles; intervento molto demolitivo, perchè si toglie tutto il retto, compreso l'ano e si fa una colostomia terminale (il paziente non avrà più l'ano, ma una stomia permanente);
- Trattamenti endorettali;
- Colectomia totale: Per tumori molto estesi o per porzioni con patologie predisponenti (poliposi) possiamo fare una colectomia totale; Togliamo tutto il colon, dal cieco al retto, e quest'ultimo lo anastomizziamo con l'ultima ansa ileale.

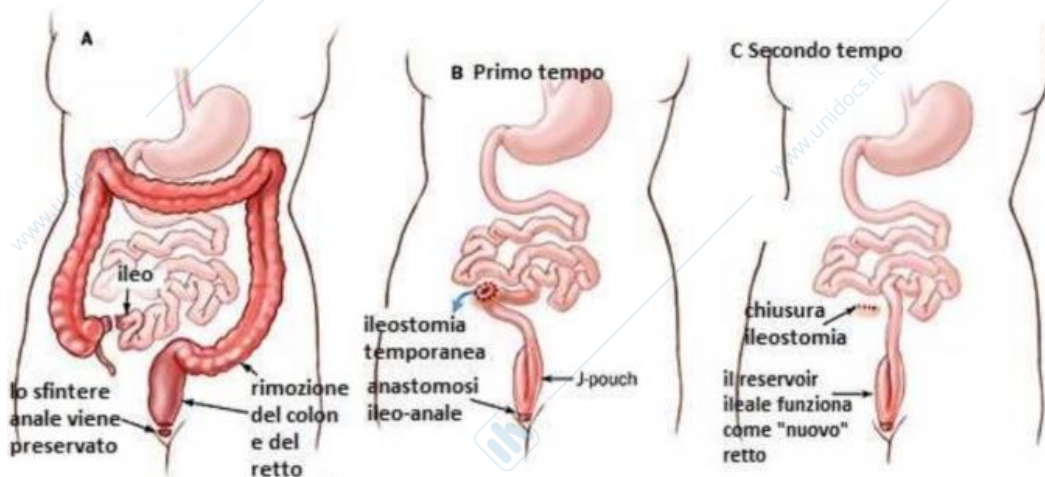
- **proctocolectomia totale:** sempre per tumori estesi, dove oltre alla rimozione di tutto il colon si toglie anche il retto, con ileostomia terminale.



Un'altra cosa che si potrebbe fare è la cosiddetta J-Pouch (borsa); si porta l'ileo verso il basso, lo si ripiega su sè stesso nella sua parte terminale a formare una J e si posiziona poi al posto del retto.

In sostanza è come se andassimo a ricreare un retto artificialmente. Ovviamente questa tipologia di pazienti avranno l'esigenza di andare subito di corpo non appena mangeranno, per cui la qualità di vita ne risentirà un pò, ma è comunque un'alternativa possibile se non si vuole ricorrere alla stomia.

Quando parliamo delle stomie, esiste anche quella temporanea oltre che permanente. Per quella temporanea possiamo vedere nell'immagine sotto che è stata fatta una J-Pouch (vale anche con l'anastomosi con l'ileo); Poiché le suture del serbatoio costituito dalla J-Pouch appena costruito necessitano del tempo per guarire, si preferisce mantenere disabitato dal transito questo tratto, creando un'ileostomia temporanea per deviare il flusso fecale. In questa procedura un'ansa di piccolo intestino viene fatta uscire all'esterno attraverso un'incisione sulla parete addominale per permettere l'eliminazione delle feci. Circa 12 settimane dopo il primo intervento l'ileostomia temporanea può essere chiusa nel corso di un secondo intervento minore e ripristinando la continuità del transito intestinale.



Tutti questi interventi possono essere fatti in tre modi: in open, in mininvasiva (laparoscopia) o in tecniche trans anali (per tumori bassi che non hanno invaso gran parte della mucosa/sottomucosa).

Ci sono specialisti esperti in stomie che seguono i pazienti nei primissimi tempi sia nella gestione della stomia (come si cambia, come si pulisce) che nella risposta allo stimolo in modo che la qualità della vita non gli cambi.

**Nel caso di una patologia avanzata ( tumore metastatizzato ) si deve valutare se resecare con radicalità o meno.**

**Se il tumore non è resecabile si opta per una chirurgia palliativa con stomia  
Se il tumore è resecabile con radicalità, l'intervento chirurgico è di tipo curativo**

**Il tumore al colon retto metastatizza prevalentemente a livello del fegato (80%), polmoni. Le lesioni a carico del fegato se trattate entro 5 anni determinano una sopravvivenza di circa 5-10 anni; quelle non trattate hanno un tasso di sopravvivenza non oltre i 10 mesi. Le metastasi epatiche le possiamo trattare o chirurgicamente con resezione del segmento epatico interessato, o anche con radiofrequenza. Quest'ultima si effettua con una guida ecografia intra-operatoria, e con un ago che arriva al sito di lesione, si apre a modi ombrello, circonda la lesione e scarica energia termica a quasi 90° bruciandola; dopodichè l'ago si tira fuori e continua a rilasciare energia termica, bruciando tutto il tragitto dell' ago bonificando tutta la zona da possibili cellule tumorali disseminate.**

**Per quanto riguarda il polmone, la sopravvivenza è migliore rispetto a quella del fegato.**

**Complicanze: incidenza del 25%**

- **occlusioni**
- **perforazioni**

Stesso discorso per le recidive che possono essere operabili, cercando di togliere più tumore possibile, anche se la possibilità di un intervento radicale si riduce di molto e quindi l'intervento è di tipo palliativo. La recidiva l'abbiamo quando i margini non sono puliti ed è stata fatta una resezione ma le cellule erano già avanzate e sono rimaste in loco ed hanno proliferato nuovamente.

Nella pratica clinica chirurgica viene utilizzato un marcatore "verde indocianina" per le metastasi epatiche, per validare la vascolarizzazione del moncone del colon. Viene iniettato endovena e permette di capire fino a dove il colon è vascolarizzato; quindi, fino a dove il chirurgo deve tagliare (in presenza del tumore quella parte di colon non è vascolarizzata). È importante anche per comprendere dove sono i vasi venosi e nervosi che devono essere clippati (cioè bloccati e sezionati).

In sintesi viene utilizzato:

- Per valutare la vascolarizzazione per gli interventi sul colon;
- Per marcare le paratiroidi negli interventi sulla tiroide;
- Per vedere le vie biliari negli interventi sulla colecisti;
- Per vedere le metastasi epatiche negli interventi epatici.

## **Laparoscopia**

Gli interventi ad oggi vengono fatti nella stragrande maggioranza in laparoscopia ovvero una tecnica di accesso mininvasiva – non chirurgica poiché l'intervento, una volta dentro, segue lo stesso iter di un'operazione in open – i cui vantaggi sono: tempi di recupero ridotti, resa estetica migliore, minore probabilità di infezione perché le ferite sono più piccole, meno dolore (dopo 1 gg il paziente è in piedi).

L'origine di questa tecnica è molto antica il cui concetto nasce con Ippocrate il cui sosteneva che "chirurgia è vedere" e quindi l'atto chirurgico deve essere un atto che volge a guardare la sede di localizzazione. Nella storia (1800 in poi) ci sono state innovazioni che hanno portato poi alla realizzazione del concetto di laparoscopia che abbiamo oggi: andare a vedere con una fonte luminosa (un tubo) all'interno del corpo senza aprire.

I primi tentativi sono stati fatti con cistoscopia ovvero sonde, tipo tubicini, di metallo che venivano inseriti all'interno delle vie urinarie e che illuminati con fonte luminosa (prima candele, poi lampadine) permettevano di vedere all'interno della vescica.

Da questo principio si arriva poi al laparoscopia utilizzato oggi che, tramite i vari strumenti, permette di accedere direttamente in addome (laparoscopia), o in torace (toroscopia), o ancora nelle articolazioni (artroscopia).

Gli strumenti per eseguire una laparoscopia sono:

- Laparoscopia;
- un insufflatore di anidride carbonica (CO<sub>2</sub>) e un ago da insufflazione (ago di Veress) per indurre il pneumoperitoneo, cioè per gonfiare la cavità addominale in modo da distaccare la parete addominale dagli organi
- I tre quarti e le cannule (con valvole), attraverso i quali introdurre gli strumenti;
- Una sorgente luminosa "a luce fredda", per portare la luce sulla punta del laparoscopia e rendere ben visibili le immagini (sul video o sulla lente);
- Appositi strumenti per irrigazione/aspirazione elettrocoagulazione, per chiudere i vasi sanguigni più piccoli;
- Appositi strumenti, come: dissectori, forcicine, uncini, pinze e applicatori di graffette.
- Strumenti ad ultrasuono che generano calore tramite vibrazione della lama stessa.

Domanda possibile di esame: quali sono gli strumenti?

Trokar: strumenti tramite i quali vengono inseriti i ferri, dall'ottica a tutti i ferri chirurgici. Sono di vario calibro generalmente vengono utilizzati quelli di 5-10-15 mm di diametro dell'ingresso, mentre la lunghezza varia dalla grandezza dell'addome del paziente (più lunghi per pz obeso).

Colonna laparoscopica: su cui ci sono i vari strumenti trasduttori dell'energia elettrica, ultrasuoni.

Schermi: che permettono di vedere al chirurgo quando opera

Più tutti gli strumenti scritti su.

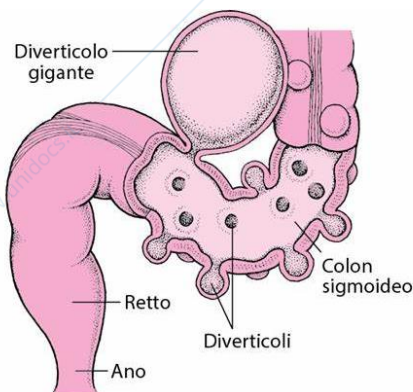
Il numero dei trokar che vengono inseriti dipende dalla posizione in cui si deve operare (se si deve operare il colon vengono inseriti 4 trokar + 1 per l'ottica, quindi in tutto 5).

## **DIVERTICOLITE**

I diverticoli sono estroflessioni della mucosa e sottomucosa dell' intestino per una debolezza della parete muscolare, dovuta a fenomeni meccanici che inducono un'alterazione della pressione che va a distribuirli sulle pareti del colon, creando queste estroflessioni. Può avvenire in vari tratti dell' intestino, ma più di frequente avviene a livello del colon.

**Cause:**

- **Età:** maggiore di 40 anni;
- **Familiarità;**
- **Dieta:** una dieta povera di fibre causa un rallentamento del transito delle feci perché diventano più dure; Il colon, portato a spingere maggiormente per promuovere il passaggio del materiale fecale, genera un aumento di pressione che causa il diverticolo. Oltre alle fibre è necessaria anche un'adeguata idratazione.



La mucosa e la sottomucosa estroflettono attraverso la muscolare formando i diverticoli, rilievi sacciformi fuori la struttura del colon (sono un po' l'opposto dei polipi).

**E' una malattia prevalentemente occidentale; 1/3 dei soggetti ha un' età superiore ai 45 anni, 2/3 oltre gli 85 anni.**

**Intorno al 10 - 25% è asintomatica, con pazienti che si presentano in clinica per altre motivazioni per le quali si effettuano delle indagini e scoprono di avere la diverticolite o diverticolosi.**

## DIVERTICOLITE E DIVERTICOLOSI

**Diverticolosi:** Si differenzia per la presenza di diverticoli ( 75% asintomatici , 25% sintomatici );

**Diverticolite:** Quando i diverticoli si infiammano.

**Diverticolite complicata che si presenta con i seguenti sintomi:**

- **Sanguinamento diverticolo;**
- **Perforazione diverticolo;**
- **Occlusione intestinale;**
- **Fistolizzazione:** Il diverticolo entra in contatto con le strutture adiacenti e crea un collegamento; Le strutture adiacenti possono essere:

Parete addominale ( fistola entero-cutanea );  
Vescica;  
Utero;  
Vagina.

## Classificazione delle perforazioni

Sono 4 stadi

**Stadio I:** Ascesso pericolico confinato;

**Stadio II:** Ascesso a distanza;

**Stadio III:** Peritonite non stercoracea ( la raccolta dell' ascesso si rompe e fuoriesce materiale flogistico );

**Stadio IV:** Peritonite stercoracea ( uscita di materiale fecale dal colon per rottura del diverticolo ).

## MANIFESTAZIONI CLINICHE DIVERTICOLITE

- **DOLORE:** può non essere presente, se si presenta il dolore è tipicamente addominale acuto diffuso, localizzato in fossa iliaca di sinistra (va in diagnosi differenziale con appendicite, la cui differenza sta nella localizzazione del dolore, appendicite a destra e diverticoli a sinistra). I diverticoli possono formarsi in tutto il colon prevalentemente la localizzazione è a sx/sigma. Un diverticolo a destra da meno fastidio perché ci sono più liquidi.
- **FEBBRE:** per via dell'infiammazione
- **AUMENTO DEI GLOBULI BIANCHI.**

## TERAPIA

- **MEDICA:** antipiretici, antibiotici. Se il paziente si presenta con diverticolite acuta generalmente la terapia è medica quindi digiuno – antibiotici – antinfiammatori.
- **CHIRURGICA:** resezione. Se il paziente si presenta al secondo attacco di diverticolite allora viene indirizzato verso una terapia di tipo chirurgico dato che la risposta alla terapia medica è inferiore. Viene indirizzato ad una terapia chirurgica anche il paziente che si presenta con un quadro sintomatologico complicato (addome acuto, perforazione etc.). I tipi di intervento sono resezione, emicolectomia di sx con anastomosi (e quindi ricongiungo le due parti) o con stomia (senza anastomosi in un primo momento in attesa che il paziente sfiammi i tessuti ed in un secondo momento si fa l'anastomosi) oppure ancora si ricongiunge ma si fa comunque un'ileostomia di protezione in modo che l'anastomosi venga consolidata e solo in secondo momento si ricanalizza a pieno e si toglie la borsetta. Il trattamento chirurgico può essere fatto in elezione o in urgenza.
  - **Elezione: il paziente viene convocato e non si configura uno stato di emergenza; si toglie il tratto di colon interessato dai diverticoli, si fa un' anastomosi e si ripristina il tratto intestinale. Si consiglia di asportare il sigma, stando sempre attenti poi a non tralasciare eventuali diverticoli nell' anastomosi.**
  - **Urgenza: Resezione, poi si fa una diversione ( si crea una borsetta temporanea ) e poi in un secondo momento si può pensare di chiudere la borsetta e di canalizzarlo.**

**Trattamento:** Sia in regime ospedaliero che ambulatoriale:

- **ambulatoriale:** Il paziente viene trattato con una dieta liquida, antibiotico terapia;
- **Ospedaliero:** per situazioni leggermente più acute; Si tratta il paziente con digiuno, antibiotico terapia.

La situazione in entrambi i casi rientra in 2/3 giorni.

## **Evoluzione della diverticolite**

Abbiamo già detto che la dieta riduce gli indici di flogosi e riduce il tasso di sintomatologia con un follow up a 5 anni.

In genere, per quei pazienti che hanno avuto più episodi di diverticolite ( recidive ), il trattamento chirurgico potrebbe essere la strada da perseguire.

## **TRATTAMENTO COMPLICANZE**

- **Ascessi:** Per quelli piccoli il protocollo è il digiuno per non mettere in moto l'intestino ed antibiotico terapia; Gli ascessi più grandi c'è l'indicazione per l'intervento chirurgico.
- **Perforazione:** terapia chirurgica con resezione segmentaria e poi una colostomia.
- **Fistole:** Se è una semplice fistola, si toglie il tratto di colon interessato, ripariamo il buco sul viscere e poi si fa l'anastomosi. Se si ha il sospetto di una condizione maligna si tolgono anche gli organi interessati ( vescica, utero ecc. ).
- **Emorragia:** frequentemente si autorisolve; se ciò non accade si tratta chirurgicamente.

**N.B.** Il paziente che ha subito una colostomia avrà la borsetta posizionata a sinistra, mentre per la ileostomia sarà posizionata a destra.

Il paziente a cui abbiamo già asportato un tratto di colon per diverticolite, potrebbe andare incontro a una recidiva. Non è infrequente ( 4-7%); quello che facciamo è chiedere all'anatomia patologica la visione del tessuto biologico. In chirurgia tutto ciò che viene tolto, poi viene analizzato e conservato per una decina di anni.

- **OCCLUSIONE:** Raramente è completa. La terapia è medica decompressiva: chirurgia elettiva. In caso di insuccesso della terapia: Hartmann. Occlusione in paziente instabile: colostomia sul trasverso.

Per emorragia la diagnosi viene svolta con endoscopia, angiografia, scintigrafia.

## **DIAGNOSI**

- **Clisma opaco a doppio strato:** Ci permette di evidenziare abbastanza bene la presenza di diverticoli, utilizzando un contrasto che ci aiuta a capire la sede e il numero;
- **Colonscopia:** Quando si effettua si insuffla aria, che può portare a perforazione;
- **Diretta addome (RX).**
- **Ecoaddome:** Può essere utile in diagnosi differenziale, perchè vede bene gli organi profondi ( utero e annessi ); rimane comunque una tecnica operatore-dipendente.
- **TAC:** Maggiore sensibilità e specificità; Ci consente di vedere ispessimenti della parete dei visceri per un meccanismo legato alla flogosi.

## **PREVENZIONE**

Dieta con contenuto di fibre ed idratazione possono essere già sufficienti ad evitare il trattamento medico o chirurgico.

**Trattamento diverticolosi sintomatica:**

- **Dieta ( sicuramente migliora i sintomi );**
- **Probiotici: Miglioramento della flora intestinale e sintomi;**
- **Farmaci antispastici/anticolinergici**

## **CIRCOSTANZE SPECIALI: PAZIENTI IMMUNODEPRESSI**

- Pazienti trapiantati, con insufficienza renale, HIV+
- Minore % di successo della terapia medica
- Maggiore % di presentazione con perforazione libera
- Alta mortalità
- Approccio integrato aggressivo medico-chirurgico

### **CIRCOSTANZE SPECIALI: PAZIENTI GIOVANI**

- 2-5% del totale < 40 aa
- Diagnosi differenziale con appendicite acuta
- 2/3 di questi pazienti richiedono l'intervento vs 1/3 dei pazienti più anziani
- Non è dimostrata una maggiore aggressività della diverticolite

### **CONCLUSIONI**

Diverticolosi non complicata:

- asintomatica
- sintomatica -> terapia medica come IBS

Diverticolite -> terapia medica

- guarigione
- chirurgia

Diverticolite complicata:

- Ascessi
  - Drenaggio TC
  - Chirurgia
- Fistole: resezione e sutura
- Occlusione:
  - Terapia medica -> terapia chirurgica
  - Chirurgia d'urgenza