

MEETING CASI CLINICI PER LA SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA
anno 2011-2012

*P.O. POLICLINICO – U.O.C. CLINICA CHIRURGICA II
DIRETTORE PROF. SALVATORE BERRETTA*



Presenta dott. S. Figura

QUIZ
relativi ai casi clinici presentati

quali di queste affermazioni è corretta:

1. *La fistola colovesicale x diverticolite richiede sempre la resezione colica sec. Hartmann*
2. *La fistola colovesicale x diverticolite non controindica l'anastomosi primaria coloretale*
3. *La riparazione della fistola colovesicale richiede la cistectomia parziale con sutura primaria della breccia vescicale e la extraperitoneizzazione della vescica*
4. *La fistola colovesicale è una complicanza eccezionale della diverticolite*

Quali di queste affermazioni è corretta :

1. *La diverticolite ricorrente e la fistola colovesicale costituiscono le più frequenti indicazioni chirurgiche in elezione*
2. *La subocclusione da diverticolite stenosante, l'ascesso d'origine diverticolare, la peritonite e l'emorragia digestiva bassa massiva costituiscono le indicazioni chirurgiche in urgenza*
3. *Nelle resezioni per patologia diverticolare è preferibile l'anastomosi coloretale sec. Baker (latero-terminale)*
4. *Nei soggetti giovani-adulti e negli immunodepressi è indicata la resezione colica in elezione già dopo il primo episodio di diverticolite*
5. *Tutte le precedenti*

Quali di queste affermazioni non è corretta:

1. *L'angiodisplasia del colon è quasi sempre localizzata nel colon sinistro*
2. *Nella diverticolite acuta è sempre indicato l'intervento di Hartmann*
3. *Superata la fase acuta della diverticolite è indicato l'intervento chirurgico dilazionato di 2-3 mesi, una volta sedato il processo flogistico*
4. *Nella resezione x diverticolite del sigma occorre legare l'arteria mesenterica inferiore*

Si intende per triade di Saint:

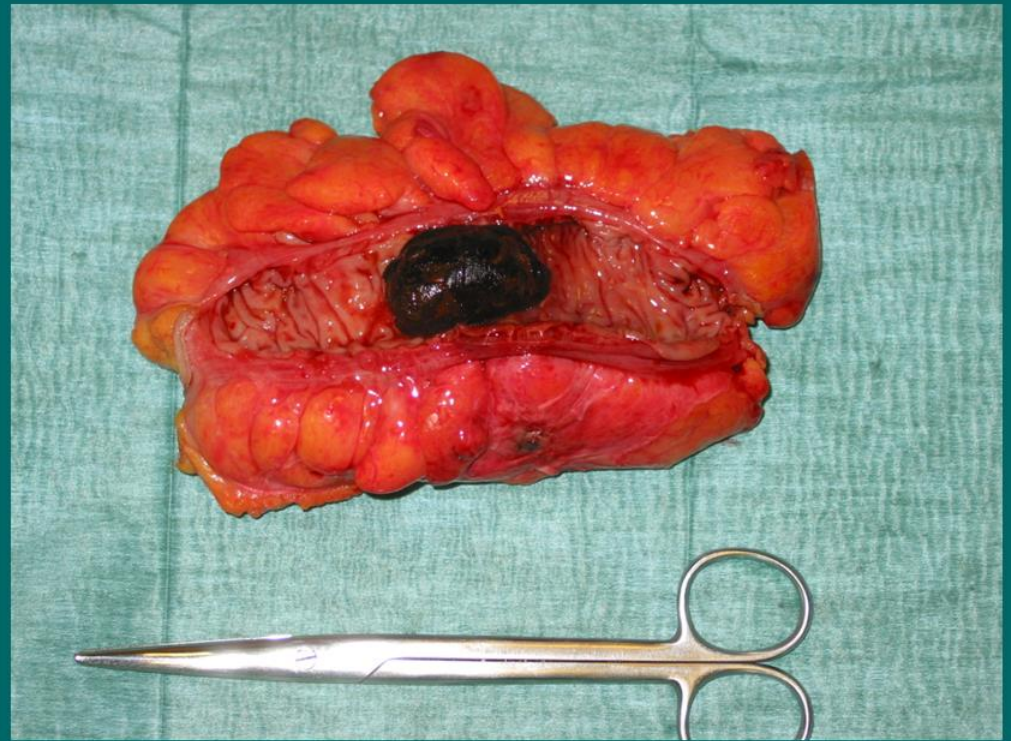
1. *Ittero – dolore – febbre*
2. *Pancreatite cronica - ernia iatale – calcolosi colecisti*
3. *Ernia iatale – pancreatite cronica - appendicite*
4. *Calcolosi colecisti – ernia iatale – diverticolosi del colon*
5. *Nessuna delle precedenti*

quale tra le seguenti è la causa più frequente di emorragia digestiva bassa :

1. *Colite ischemica*
2. *Angiodisplasia colon destro*
3. *Emorroidi*
4. *Carcinoma del retto*
5. *Diverticolosi del colon*
6. *Ragade anale*
7. *Rettocolite ulcerosa*

CASO CLINICO 1

(sesso f., 82 aa.)



***RESEZ. SEGMENTARIA DEL
SIGMA x FISTOLA COLECISTOCOLICA
CON CALCOLO IMPATTATO su TRATTO
STENOTICO x DIVERTICOLITE CRONICA***

Diagnosi mediante esame TC urgente che ha mostrato aereobilia, segni di subocclusione con livelli nel tenue, colon pieno di feci ed immagine ovalare tenuemente Rx-opaca in fossa iliaca sin.

CASO CLINICO 1

Il quadro tipico dell'Ileo biliare è quello di un soggetto anziano, con calcolosi inveterata della colecisti, ed occlusione ileale distale a seguito di fistola colecistoduodenale e migrazione dei calcoli (*diametro > 2.5 cm.*) nel tenue. Costituisce il 3% dei casi di occlusione intestinale. Il rischio di recidiva dell'ileo biliare è del 10%.

Meno frequente la fistola colecistocolica che difficilmente provoca un'occlusione intestinale, essendo il lume del colon ampio; piuttosto determina fenomeni settici delle vv. biliari.

CONSIDERAZIONI SU CASO CLINICO 1

La tattica chirurgica nell'ileo biliare prevede l'asportazione del calcolo mediante enterotomia longitudinale e sutura trasversale, previa dislocazione manuale del calcolo a monte dove la parete è integra; resezione del segmento ostruito se vi sia evidenza di necrosi (talvolta si può rendere necessaria una resezione ileo-colica del ceco e parte dell'ascendente). Importante esplorare il tenue a monte per escludere la presenza di altri calcoli che potrebbero determinare una recidiva dell'occlusione.

CONSIDERAZIONI SU CASO CLINICO 1

Per quanto riguarda la colecisti, è preferibile dilazionare la colecistectomia, tranne che in casi selezionati favorevoli per l'intervento in un solo tempo.

In ogni caso da tener presente l'aforisma dei vecchi clinici: “meglio un pezzo di colecisti che resti adeso al duodeno piuttosto che un pezzo di duodeno che resti adeso alla colecisti da asportare”

CASO CLINICO 2 (*paz. sesso f., aa. 81*)



Esempio di resezione intestinale per occlusione da calcolo biliare impattato nel lume dell'ileo distale con chiazza di necrosi della parete sul versante antimesenterico dell'ansa dove decubitava il calcolo

CASO CLINICO 3

Soggetto di sesso m., 41 aa.

Da oltre 2 aa. episodi ricorrenti di diverticolite sinistra, con dolore, contrattura, Blumberg positivo e febbre.

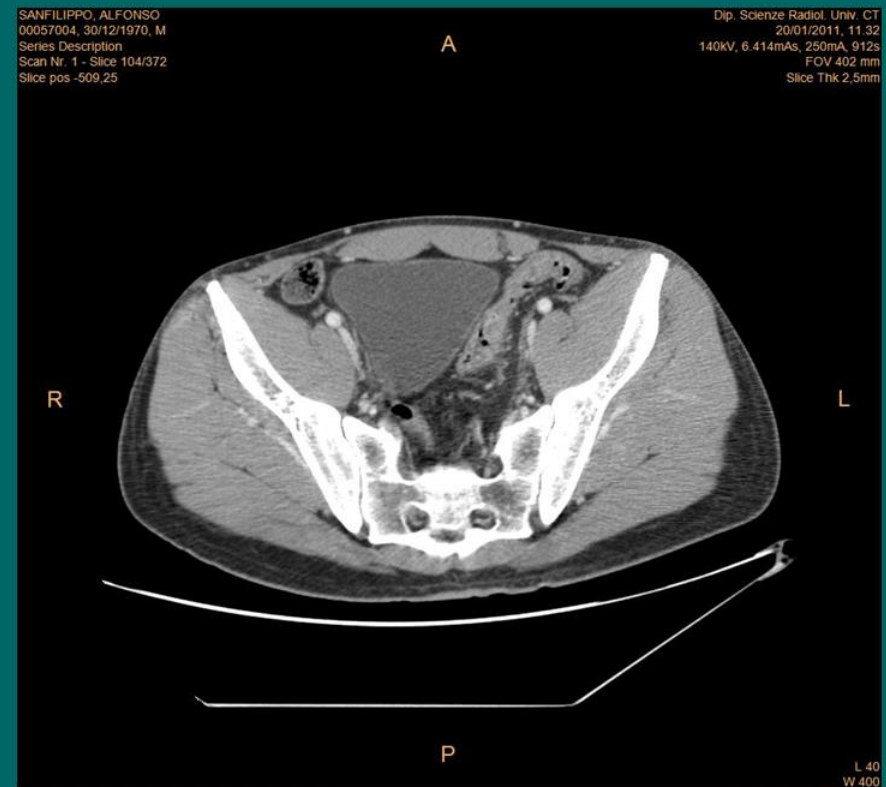
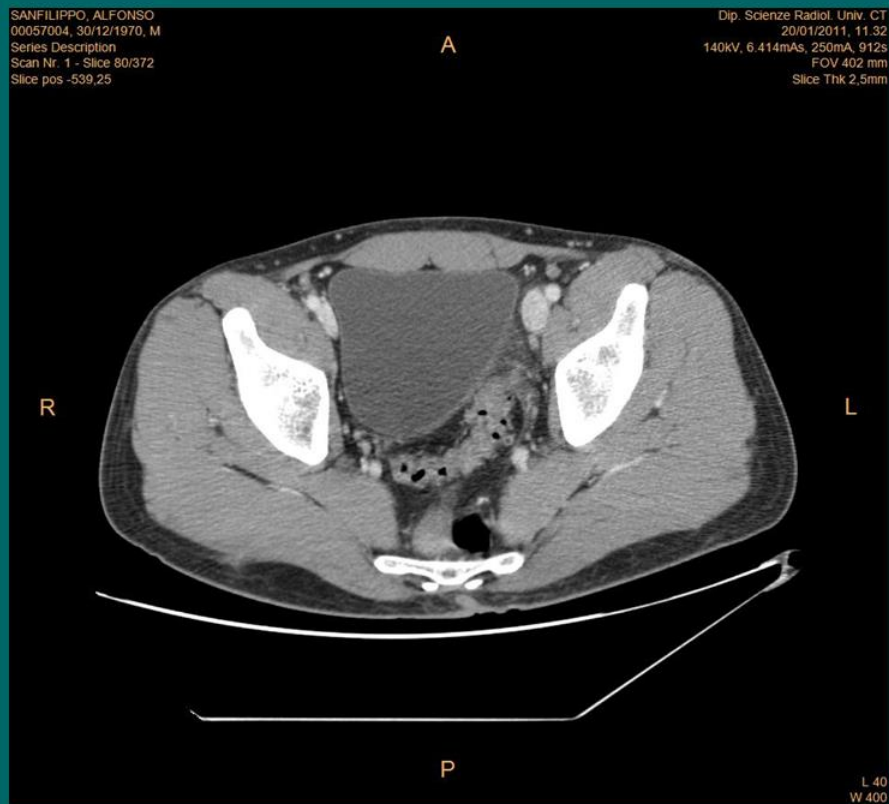
Remissione con antibiotici e restrizioni nell'alimentazione.

Dopo l'ultimo episodio, particolarmente intenso, sedato il processo infiammatorio, il paziente si è deciso a farsi operare.

Condizioni generali buone. Esami di laboratorio nella norma (albuminemia, emocromo).

Caso clinico 3

Immagini TC

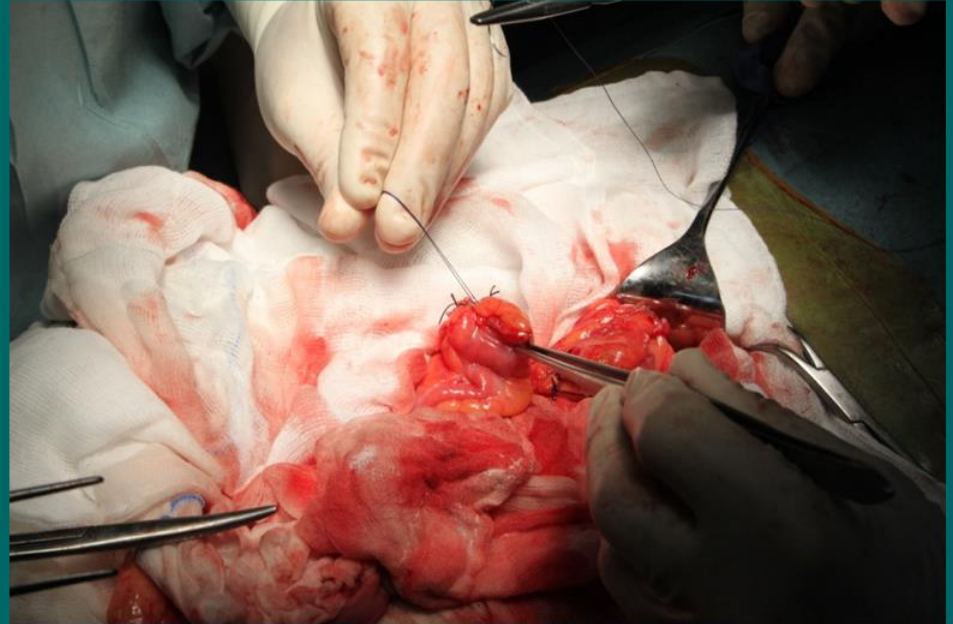


CASO CLINICO 3

Intervento attuato: resezione segmentaria del sigma ed anastomosi coloretale lat-terminale monostrato a punti staccati in dexion 2/0. Drenaggio Jackson-Pratt in controapertura. Non è stata necessaria la mobilizzazione della flessura sin. Non attuata colostomia (né ileostomia) di protezione, viste le buone condizioni generali e la buona qualità dell'anastomosi eseguita, nonostante che il quadro anatomico fosse di una diverticolite cronica con perforazione coperta sul versante parietocolico sin.

CASO CLINICO 3

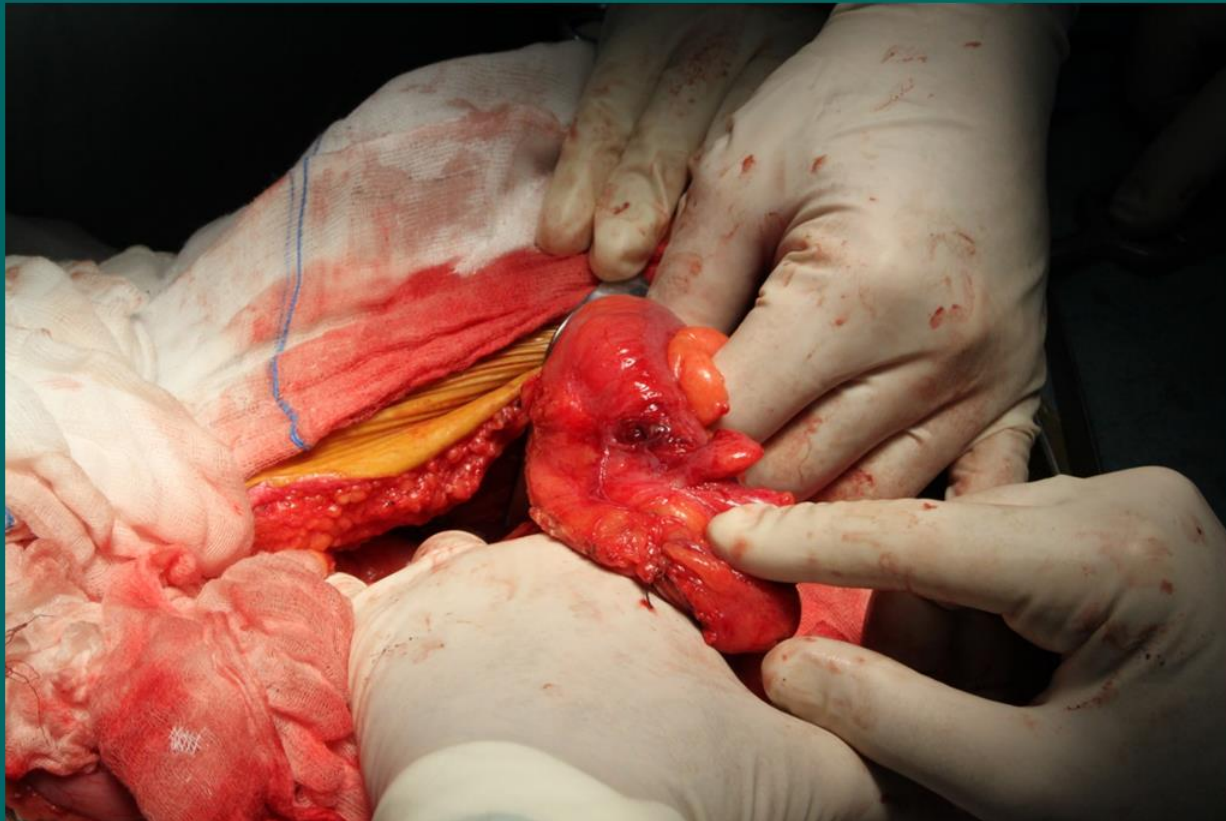
immagini peroperatorie



*Sezione del colon con la GIA ed affondamento della rima
di sezione del moncone colico prossimale*

CASO CLINICO 3

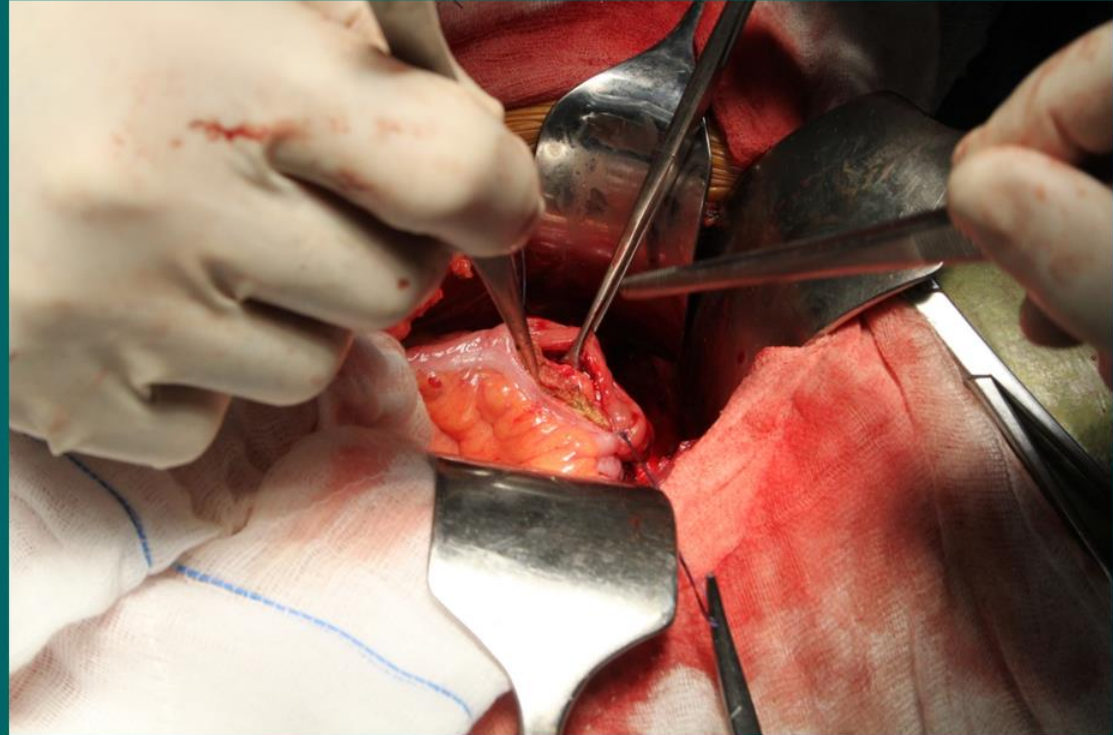
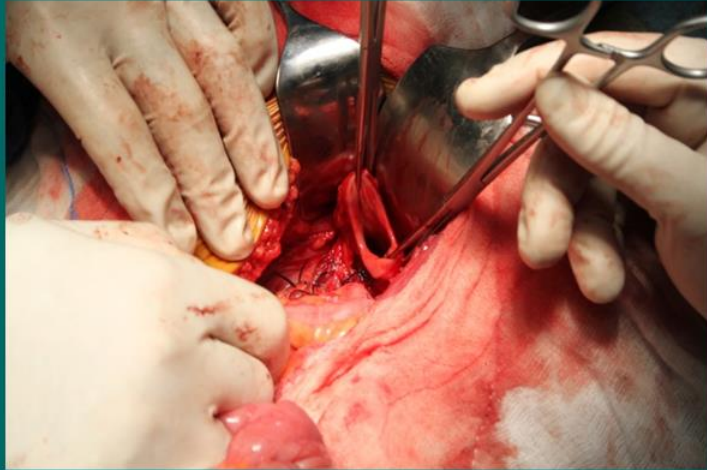
immagini peroperatorie



Colon sezionato con la GIA; si vede la perforazione diverticolare dell'ansa sigmoidea liberata.

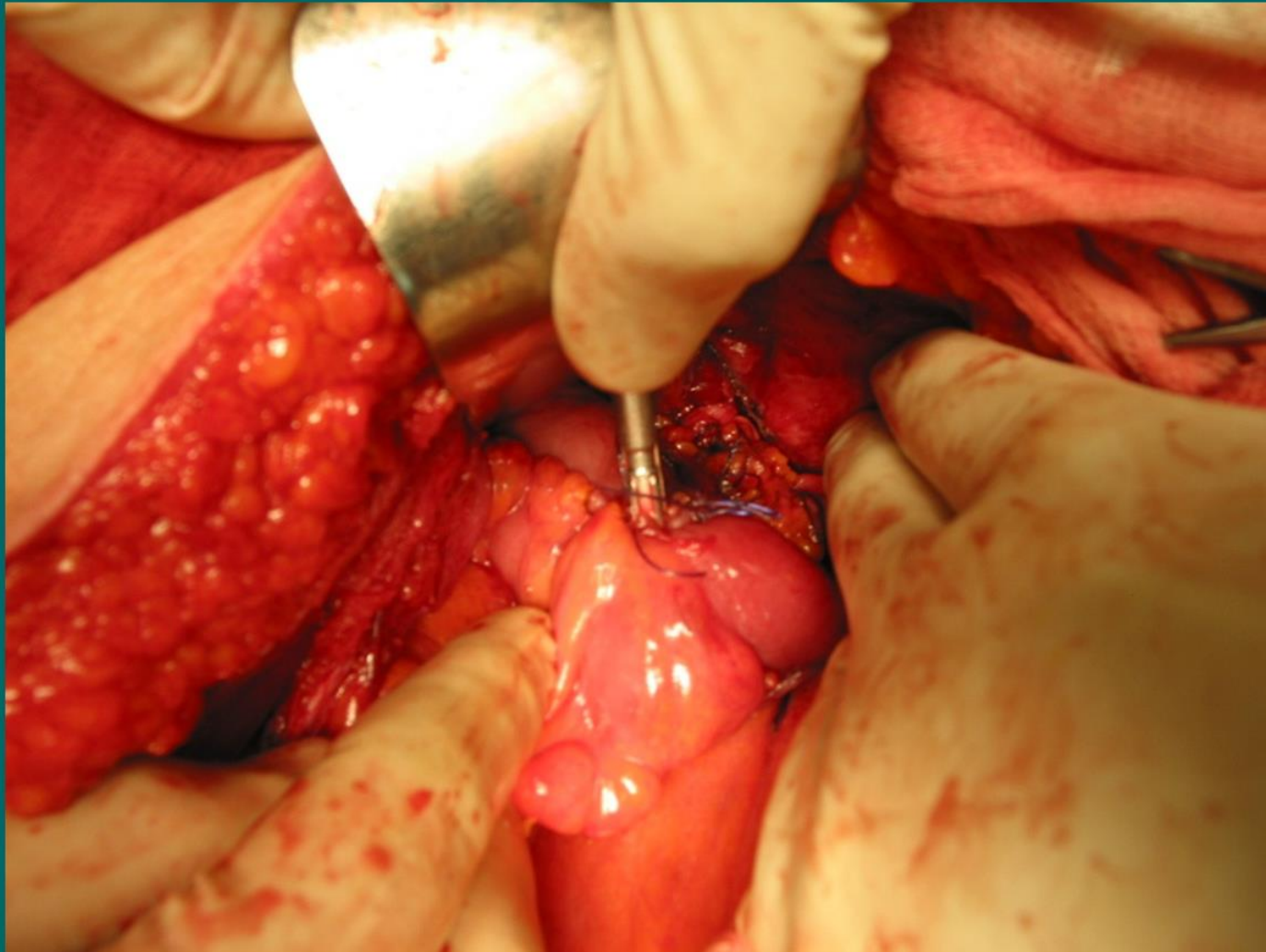
CASO CLINICO 3

immagini peroperatorie



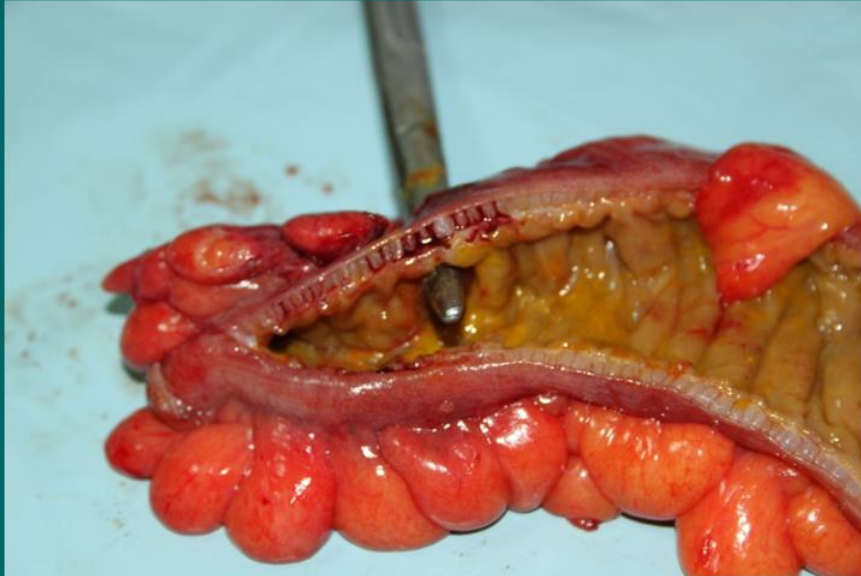
Sezionata l'ansa sigmoidea diverticolitica, si esegue l'anastomosi coloretale manuale latero-terminale sec. Baker, a punti staccati in dexion 2/0

Esempio di anastomosi colorettaile meccanica lat-terminale con Stapler circolare; la testina è stata introdotta sul versante lat. della parete colica da anastomizzare al moncone rettale sec. Knight-Griffen



CASO CLINICO 3

immagini peroperatorie



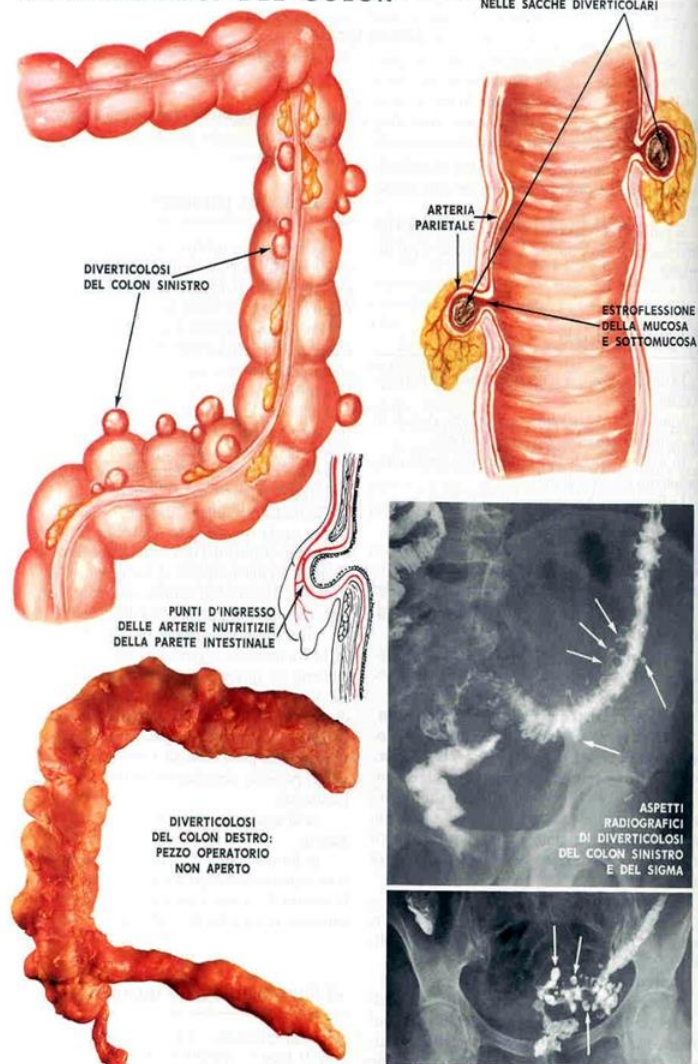
Pareti spesse del sigma con diverticolo perforato

CONSIDERAZIONI SULLA DIVERTICOLITE

E

PRESENTAZIONE DI ALTRI CASI CARATTERISTICI

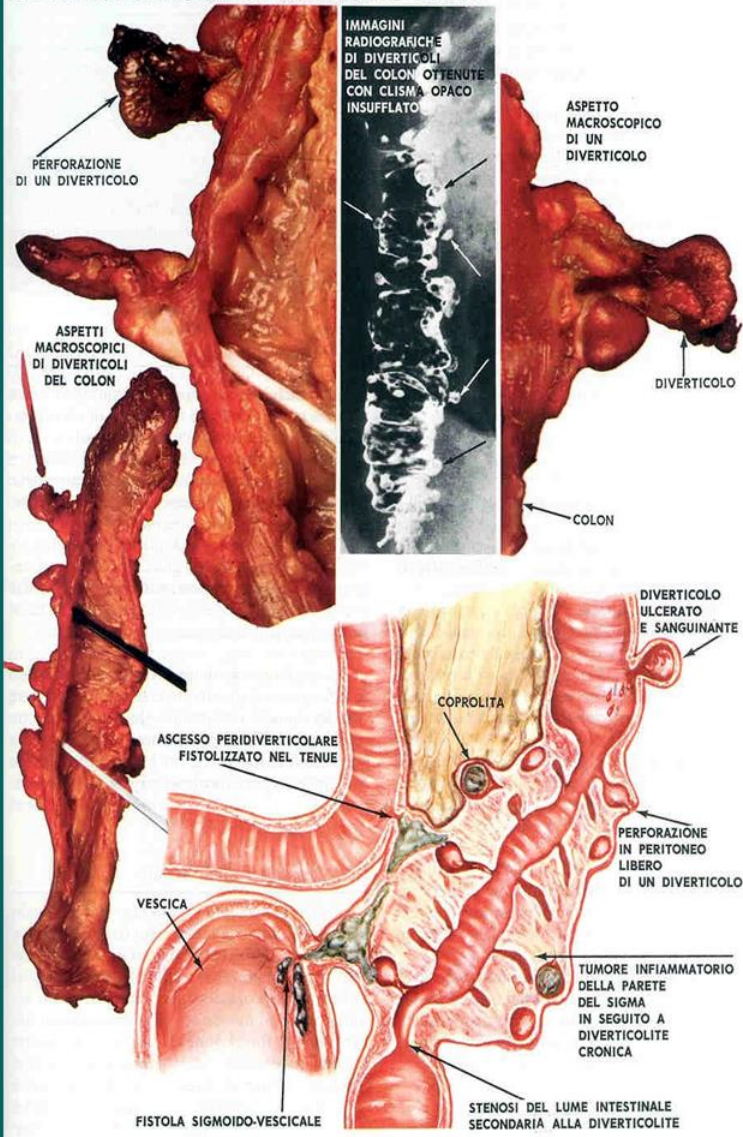
DIVERTICOLOSI DEL COLON



La diverticolosi è affezione frequente nell'adulto e nell'anziano, spesso preceduta da uno stato prediverticolare; richiede cure medico-dietetiche e sorveglianza periodica. È malattia tipica del mondo occidentale, c.d. civilizzato

COMPLICANZE della DIVERTICOLOSI del COLON

DIVERTICOLOSI E DIVERTICOLITE



Complicazioni della diverticolosi :

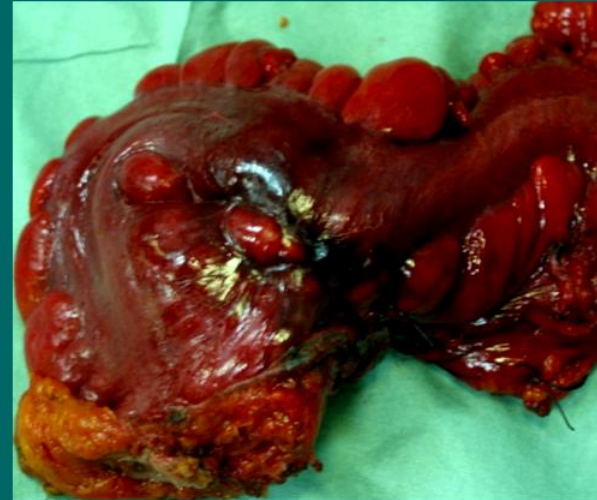
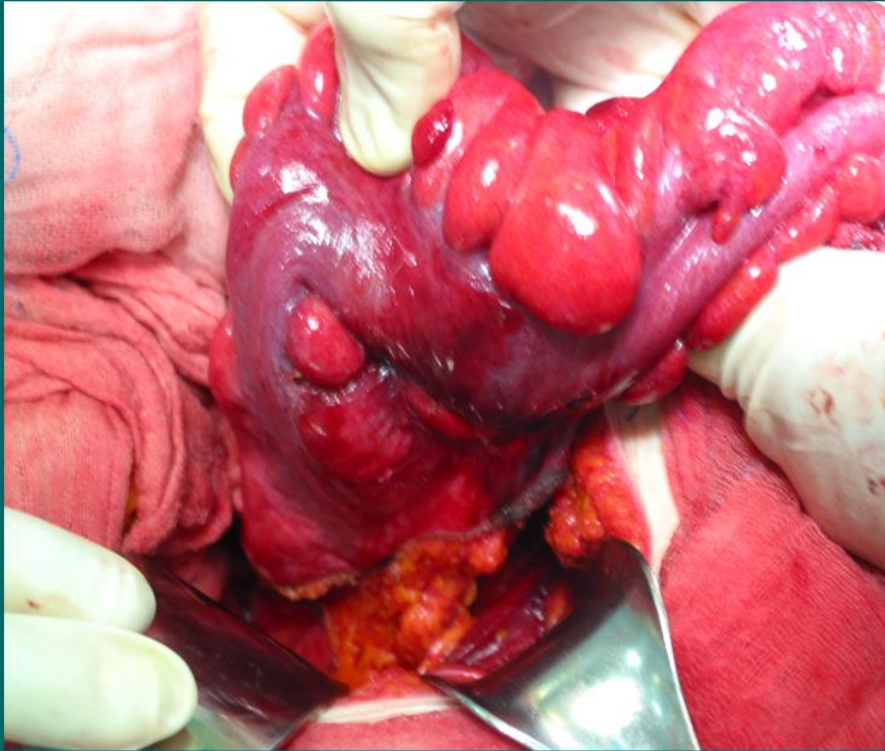
- *diverticolite (sempre con microperforazione)*
- *ascessi pericolici*
- *emorragia digestiva bassa (talvolta massiva)*
- *fistolizzazione in organi contigui*
(vescica, vagina)
- *stenosi con subocclusione*

DIVERTICOLITE STENOSANTE del SIGMA

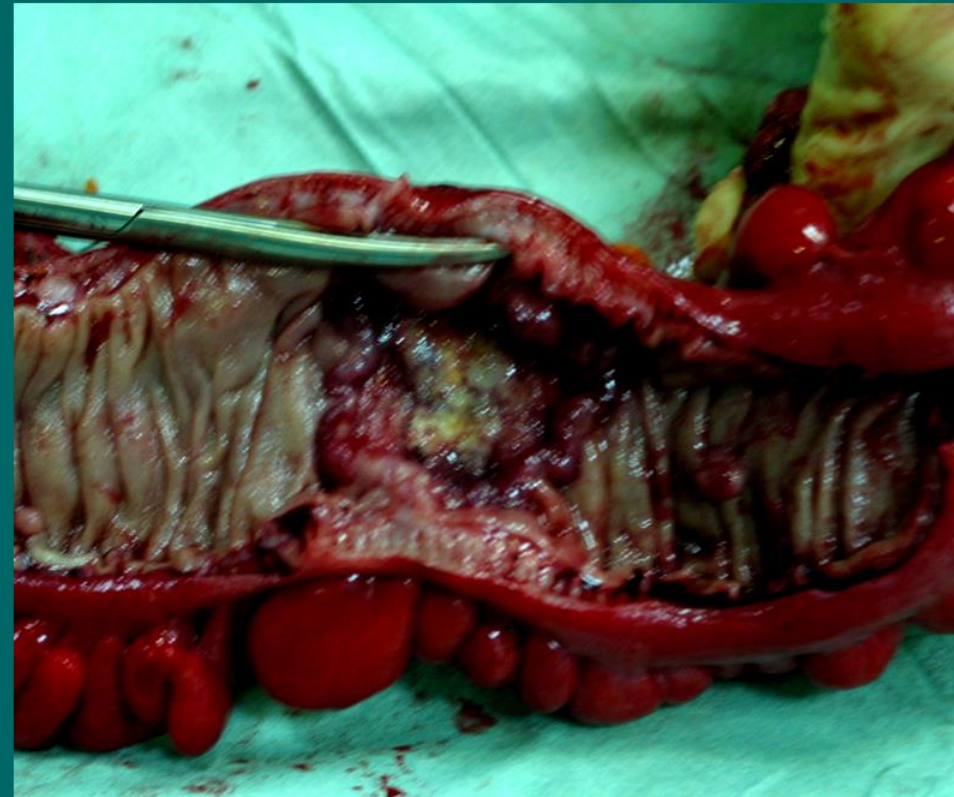


*Pone non pochi problemi di
Diagnosi differenziale*

*Endoscopista trova difficoltà
a passare oltre la stenosi*



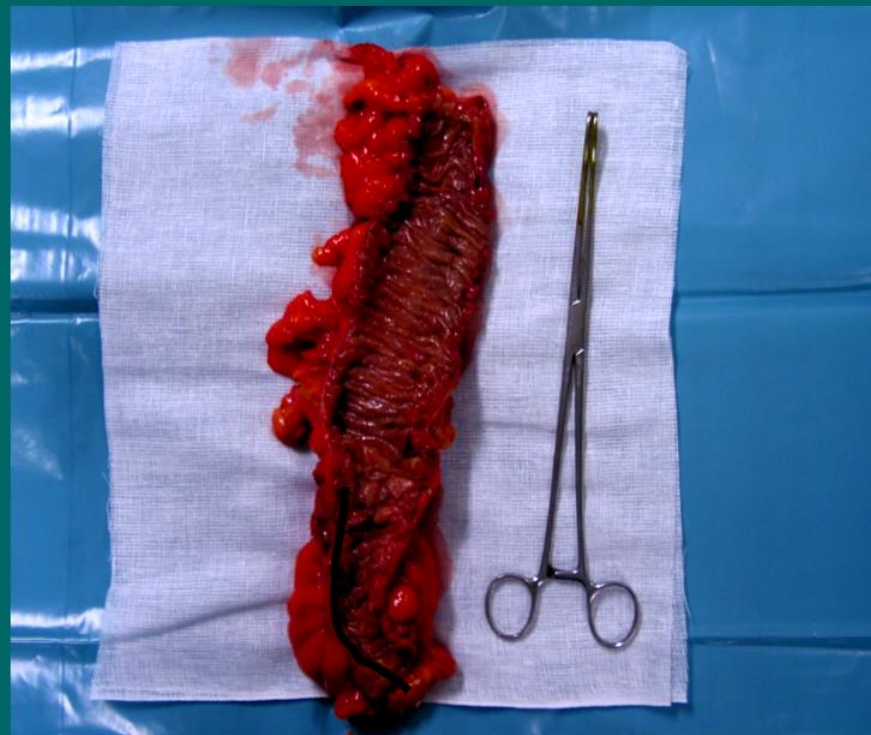
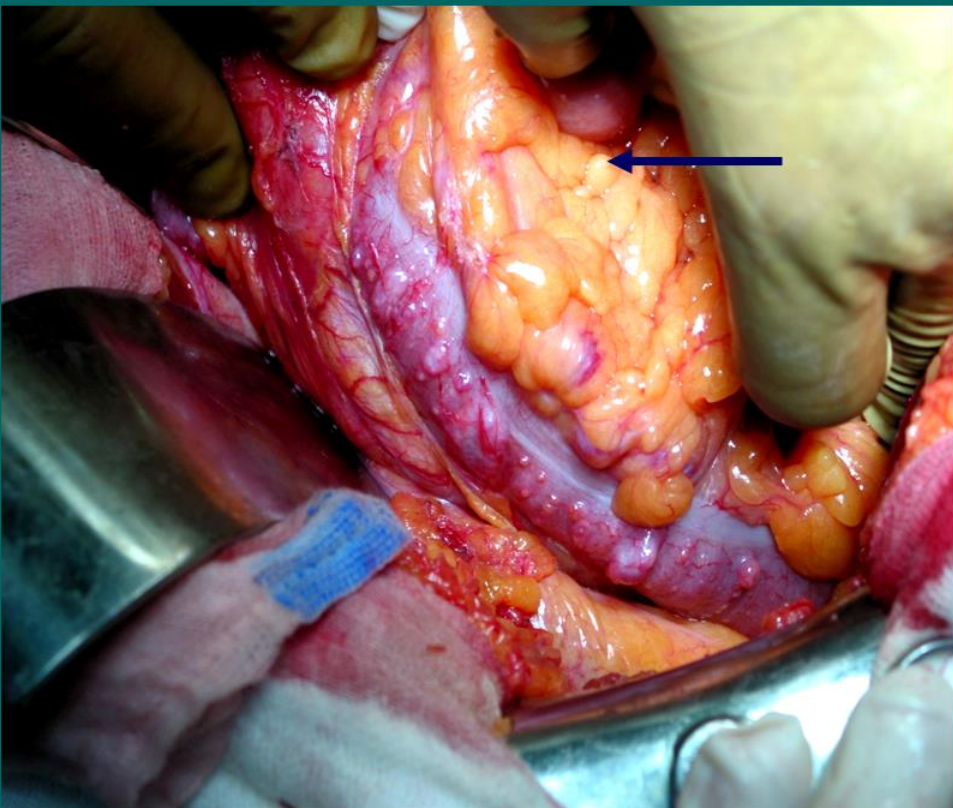
*Diverticolite sigma +
K stenosante del sigma*





Immagini TC di diverticolite sin.

La moderna diagnostica per immagini TC (*coloscopia virtuale*) consente di raccogliere informazioni sia su eventuali lesioni interne al lume colico, sia su spessore della parete del colon, sia su eventuali lesioni esterne extracoliche

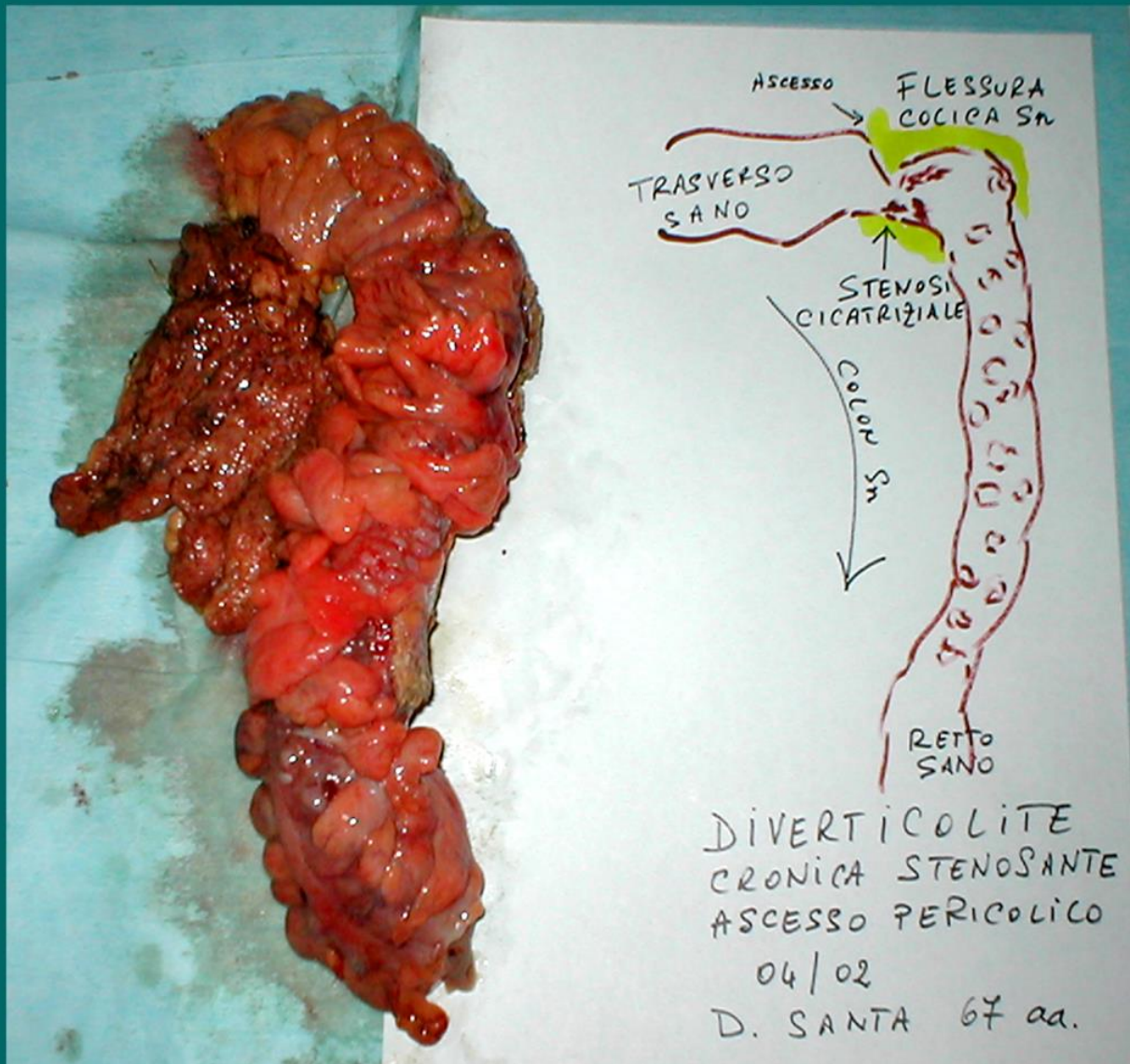


lume colico ristretto

***Diverticolite sin. con ascesso cronico
nello spessore del meso, che appare
fibrosclerotico, retratto; diverticoli sparsi
sulla parete colica anche dal versante
antimesenterico***

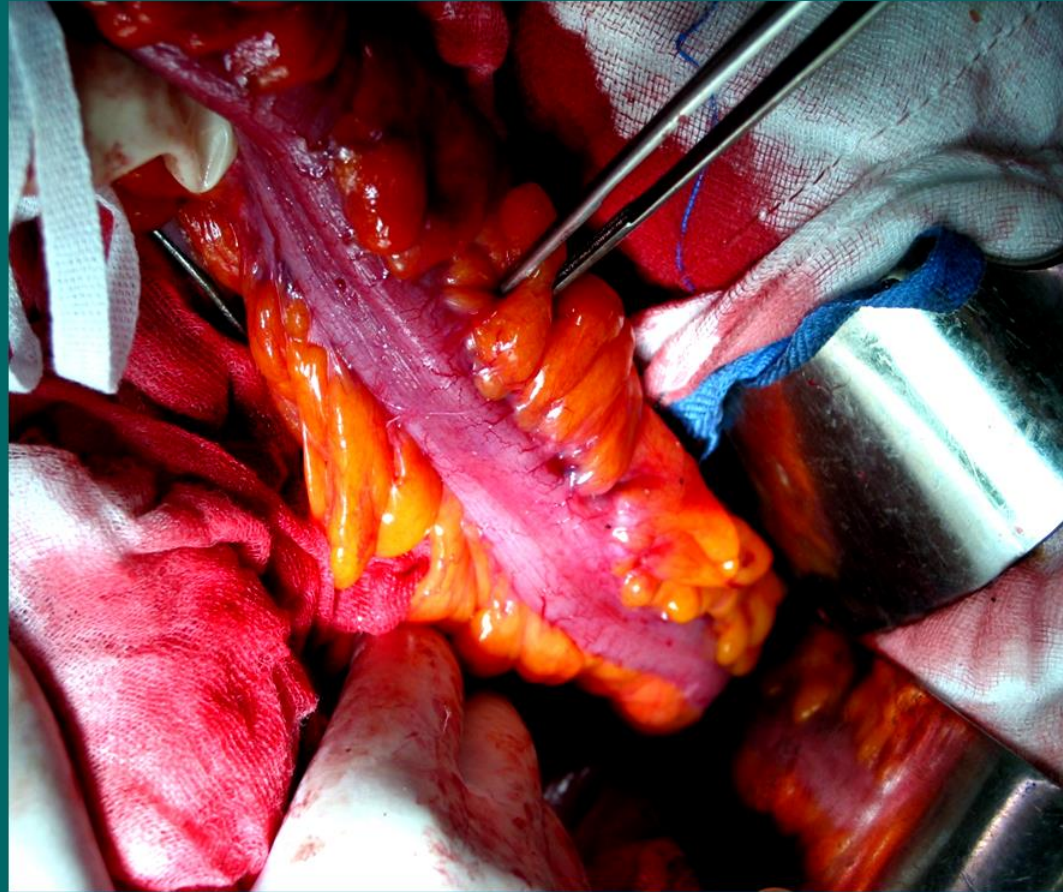
**Caso di stenosi segmentaria postinfiammatoria
nel contesto di una diverticolite del sigma**



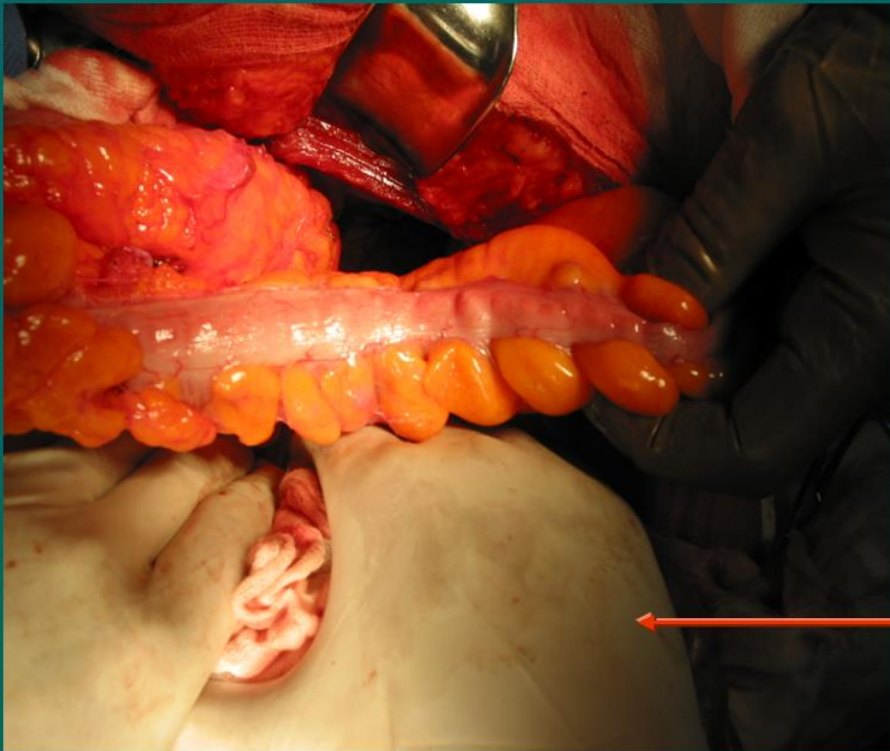


Stenosi flessura colica sin. da diverticolite con ascesso pericolico.
Ricanalizzazione coloretale previa mobilizzazione flessura destra

DIVERTICOLITE SIGMA ED ASCENDENTE

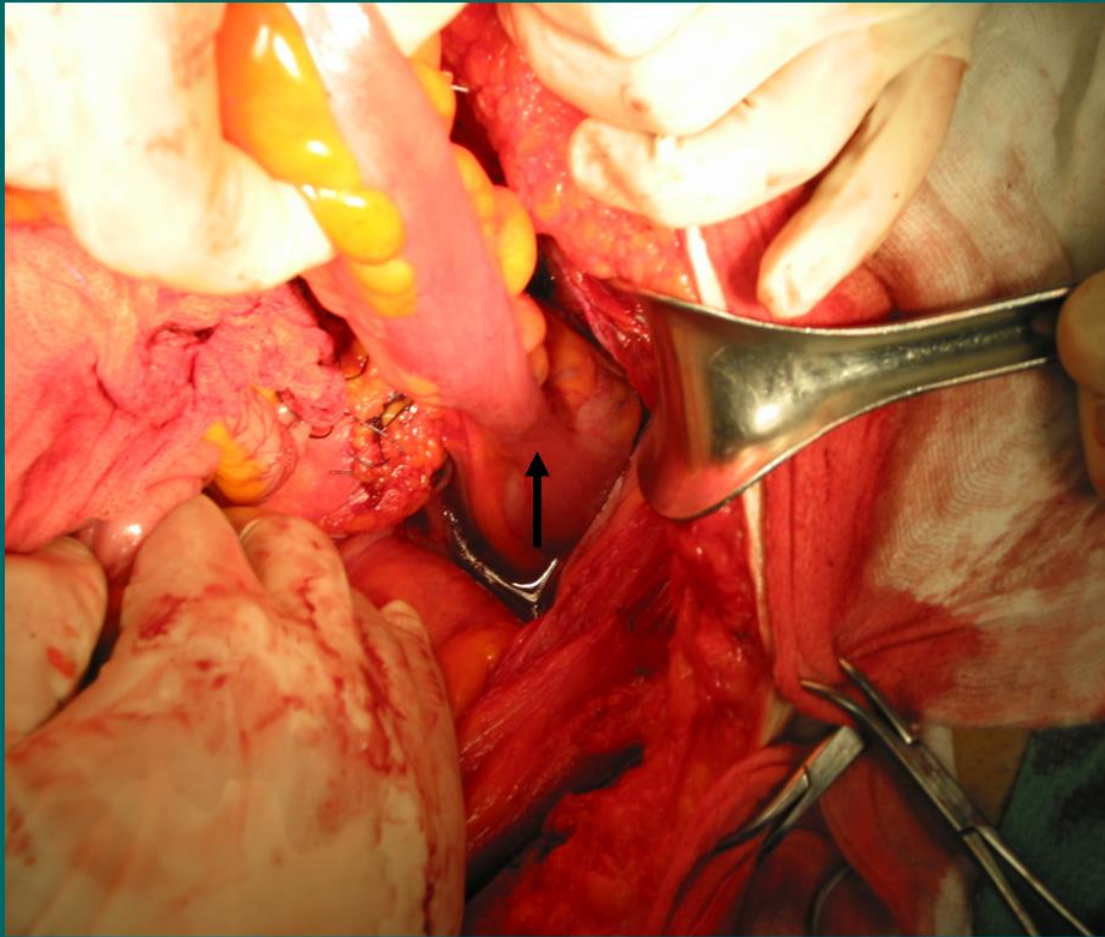


SCOLLAMENTO PARIETOCOLICO SIN. *(sono ben visibili i diverticoli a livello del sigma)*



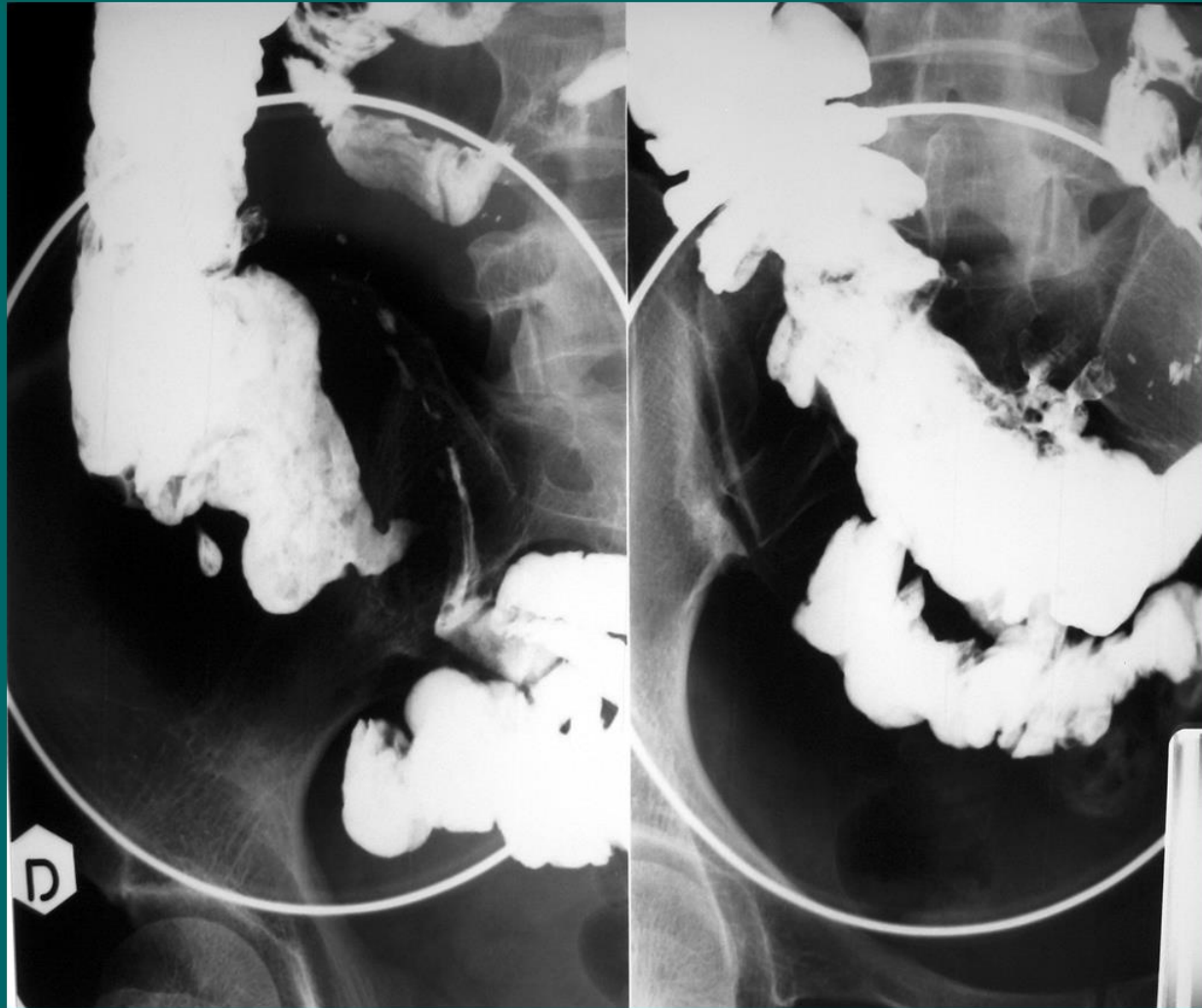
*Le mani dell'aiuto divaricano verso dx
la matassa del tenue avvolta e
protetta con una pezza laparotomica*

Preparazione verso il basso fino alla giunzione rettosigma

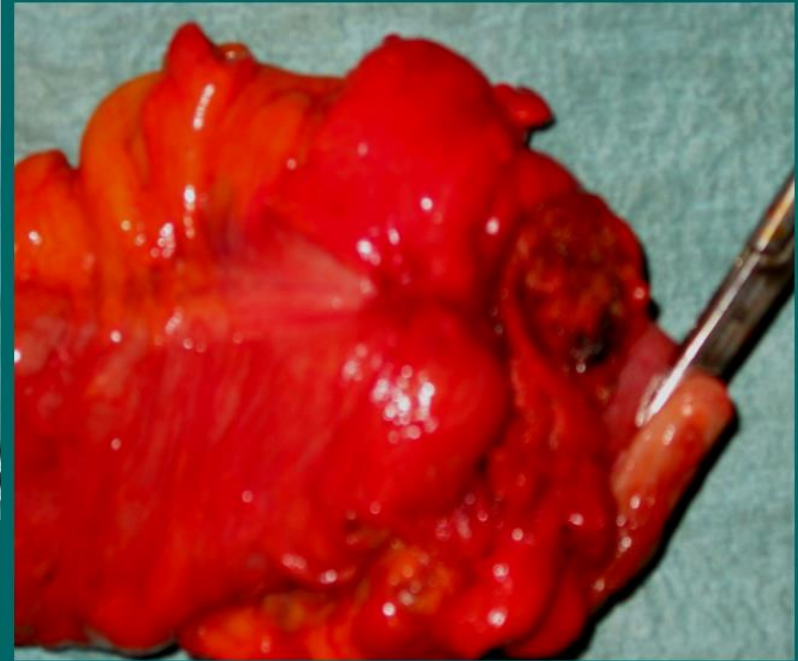
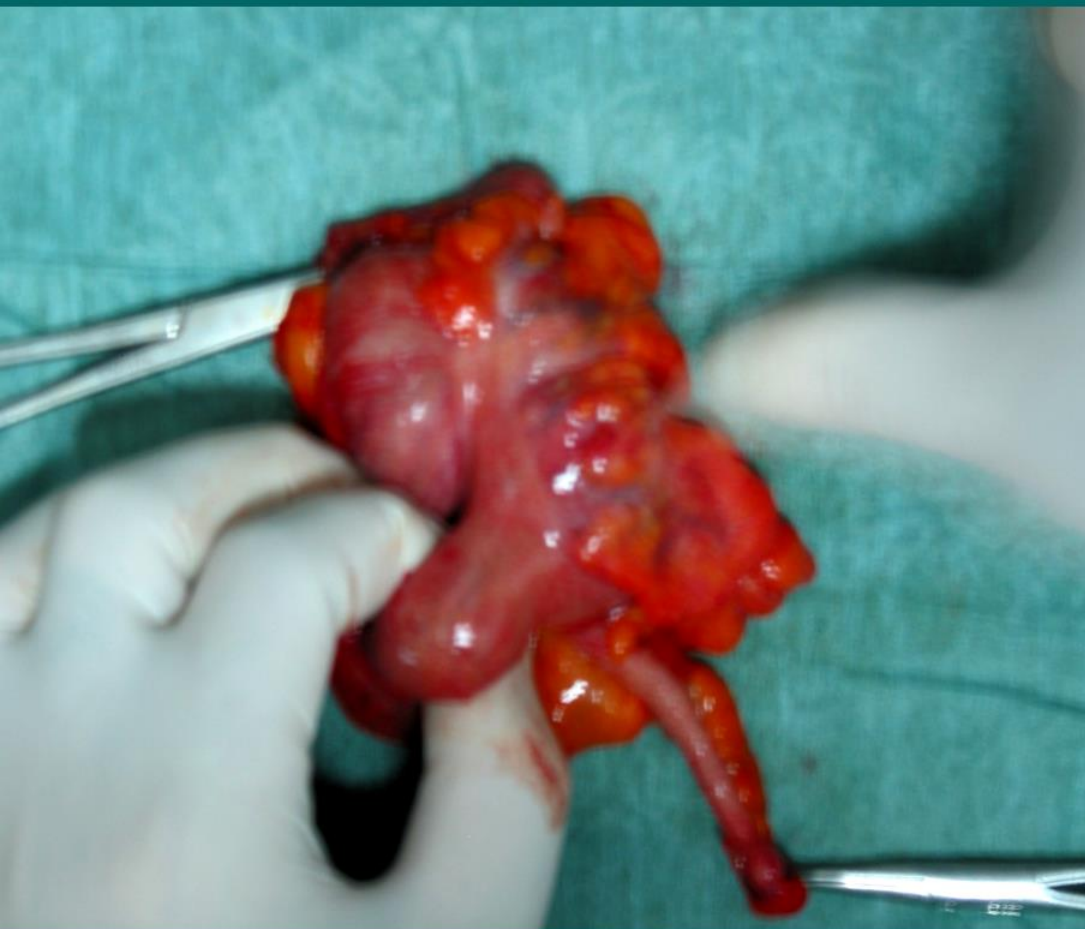


*La resezione deve sempre
cadere oltre la giunzione
che contribuisce alla
ipertensione
endoluminale a monte*

DIVERTICOLITE del CECO *in una donna adulta mauriziana*



Clinicamente il quadro non è distinguibile da un'appendicite. Il sospetto potrebbe insorgere in rapporto alla razza orientale.



Diverticolite acuta del ceco (appendice indenne nel pezzo asportato)