

REFLEX – MEDICI A CONFRONTO SULLA MALATTIA DIVERTICOLARE

CITTADELLA DELLA CARITA'
VIA ADRIANA 18
ANGRI (SALERNO)
23 FEBBRAIO 2019

ID PROVIDER: 4187

**DESTINATARI ATTIVITA' FORMATIVA: MEDICO CHIRURGO SPECIALIZZATO IN:
GASTROENTEROLOGIA, MEDICINA GENERALE, CHIRURGIA GENERALE, MEDICINA INTERNA**

OBIETTIVO FORMATIVO: LINEE GUIDA – PROTOCOLLI – PROCEDURE (2)

NUMERO ECM:, NUMERO CREDITI 4, NUMERO PARTECIPANTI: 40

METODO DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO: QUESTIONARIO

**METODOLOGIA DIDATTICA: LEZIONI MAGISTRALI, LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E
CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO**

RAZIONALE

Nell'ambito delle patologie gastrointestinali la diverticolosi e la malattia diverticolare del colon, rappresentano condizioni in cui vi è ancora scarsa definizione di vari aspetti clinici, tra questi il ruolo della sintomatologia, il rischio di diverticolite e di complicanze e la terapia sia medica che chirurgica.

La patogenesi della diverticolosi e della malattia diverticolare resta pertanto un campo di luci ed ombre.

Il management, l'approccio medico e chirurgico e la prevenzione delle recidive della malattia diverticolare rimangono ampiamente empirici e scarsamente supportati da studi clinici controllati.

Il progetto REFLEX prevede un format che venga sviluppato con una sessione "answer the question" dividendo la platea in piccoli gruppi, ciascuno seguito da un tutor specialista.

Il progetto è stato così denominato in quanto la sua "mission", oltre a quella formativa/informativa, è quella di fare una fotografia della realtà italiana sull'approccio alla malattia diverticolare da parte dello specialista e dell'MMG.

PROGRAMMA

09.00 Introduzione agli argomenti, scopi e metodologia del corso
ROSARIO CUOMO, ATTILIO MAURANO, ELIO GIUSTO, PAOLA CIAMARRA, ANTONIO CUOMO,
ROSARIA FOCARETTA

LAVORO A PICCOLI GRUPPI

Tutor: ROSARIO CUOMO, ATTILIO MAURANO, ELIO GIUSTO, PAOLA CIAMARRA, ANTONIO
CUOMO, ROSARIA FOCARETTA

09.30 Presentazione Primo Caso Clinico: Diverticolite Ricorrente

Presentazione Secondo Caso Clinico: Diverticolite Complicata

Presentazione Terzo Caso Clinico: Diverticolosi

Presentazione Quarto Caso Clinico: SUDD (malattia diverticolare sintomatica non
complicata)

11.30 Presentazione di ciascun gruppo in plenaria e confronto con la platea

12.30 Presentazione della letteratura

ROSARIO CUOMO, ATTILIO MAURANO, ELIO GIUSTO, PAOLA CIAMARRA, ANTONIO CUOMO,
ROSARIA FOCARETTA

13.00 Conclusioni e considerazioni finali

13.15 Compilazione questionario E.C.M.

13.30 Fine lavori

CASI CLINICI

CASO 1

Caso Clinico C.A. (visita del 7.10.2015)

Inviata da Collega gastroenterologo di altra Regione per parere.

Donna, in buone condizioni generali, di a. 73.

Familiarità per Ca colon.

Non rilevanti comorbidità. 2 gravidanze a termine.

BMI 23. Alvo stitico. No fumo/alcol. Dieta varia, pochi liquidi.

Storia di UD circa 40 anni fa.

Da circa 15 anni SUDD, in profilassi secondaria con Rifaximina, più o meno ininterrottamente, 7/30 giorni mese.

Quesiti

- Per quanto tempo o fino a che età protrarre la profilassi?
- Quali parametri monitorare?
- Colonscopie di controllo ? Con che intervallo?
- Ruolo per l'ecografia delle anse?
- Regolarizzare dell'alvo è un *goal* clinico importante? Con quali presidi terapeutici?

Evoluzione Clinica

- Quest'anno, due episodi di diverticolite non complicata trattati con Levofloxacina subentranti (nel giro di 6 mesi) con febbre, addominalgia, mucorrea, tenesmo.
- Nei periodi intercritici, intenso meteorismo, alvo irregolare (prevale stipsi), meteorismo
- Le è stata diagnosticata la sindrome di Vidal Wright.

Cosa fare?

- Management invariato: prosegue Rifaximina a cicli
- Modifica terapia: levofloxacina a cicli
- Modifica dieta: es. ↑ idratazione
- Ipotesi intervento chirurgico

Quesiti

- Quando "scatta" l'indicazione chirurgica in una diverticolite ricorrente? Quanti episodi/anno?
- E comunque, è meglio in elezione? O a ridosso di un episodio acuto?
- Deve essere fatta una colonscopia dopo una TAC?
- L'indicazione all'intervento è clinica o anatomica?

Situazione attuale (al 7/10/15)

- **Clinica** → Addominalgia subcontinua. Tenesmo. Esami ematochimici: ndp. Modesto ↑ PCR. Calprotectina: 2 x N. EO addome: dolorabilità diffusa alla palpazione profonda, in particolare in fossa iliaca sin.
- **Colonscopia virtuale** (esame effettuato subito dopo risoluzione dei sintomi dopo tp antibiotica): Lieve ispessimento delle pareti del sigma.



over S.R.L.

SEDE AMMINISTRATIVA Via Paoliani, 4 - 26100 Cremona

TEL 0372 23310 FAX 0372 569605 MAIL info@overgroup.eu

WEB www.overgroup.eu

Certificato n° QAIC/IT/91733-A



Decisione Clinica

Quesiti

- Condividi questa scelta terapeutica ?
- In caso contrario, cosa avresti suggerito e perché ?
- Che follow-up consiglieresti ?

CASO 2

Dottore, ho un dolore al fianco sinistro da circa 1 mese, sono stitico e, da qualche giorno, ho anche febbre

- D.V. , maschio, anni 60
- Fumatore (20 sigarette/die), occasionale consumo di alcol
- BMI 30 , scarsa attività fisica quotidiana
- Alvo tendenzialmente stiptico (2-3 evacuazioni/settimana)
- Anamnesi familiare muta per patologie G-I
- Familiarità per K prostata
- APR: ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico

Marzo 2014

- Dolore persistente in fossa iliaca sinistra comparso da circa un mese
- Dieta ipocalorica ed iperproteica con conseguente calo ponderale e peggioramento della stipsi
- Tenesmo
- Occasionale ematochezia

Aprile 2014

Esami ematochimici di routine:

- GB: 13970 (N71%, L 19,5%)
- Fibrinogeno 777 mg/dl
- PCR x 3v.n.

Qual è l'ipotesi diagnostica per questo paziente?

- Sindrome dell'intestino irritabile
- Ca del colon-retto
- Diverticolite acuta
- Colica renale

Quale indagine strumentale di prima scelta in caso di sospetta diverticolite acuta?

- Colonscopia
- Ecografia dell'addome
- TC con mdc
- Clisma opaco a doppio contrasto

Il paziente si rivolge ad un operatore con elevato expertise ed effettua ecografia dell'addome:

“In fossa iliaca sn/ipogastrio evidente ispessimento parietale (7mm) a carico del sigma (dolico sigma) con presenza di multipli osti diverticolari. A sede ipogastrica evidente piccola area ipoecogena (15mm) di verosimile natura ascettuale (diverticolite?). Ipertrofia meso-sigmoidea con piccola falda fluida in pelvi...”

Quale è l'approccio terapeutico in caso di diverticolite complicata?

- Gestione addominale, somministrazione di antibiotici e supplementazione di fibre
- Ospedalizzazione
- Supplementazione di fibre
- Somministrazione di rifaximina

Il 15 aprile 2014 il paziente viene ricoverato:

1. EO: dolore alla palpazione superficiale e profonda in ipogastrio e fossa iliaca sn con resistenza di parete. Alvo aperto ai gas. Febbricola;
2. Esami bioumorali: GB 15700 (N 77% L13,9%), PCR x 30 v.n, VES x 2 v.n.
3. Digiuno ed attuazione di NPT;
4. Antibiotico-terapia per via parenterale: ciprofloxacina, metronidazolo, ceftriaxone.

Quale metodica strumentale è indicata in questo caso?

- TC con mdc
- Colonscopia
- RMN
- Colonscopia virtuale

TAC addome con mdc (24/04/15):

"... voluminosa raccolta ipodensa..dal profilo di parete ispessito ed iperemico, localizzata nello scavo pelvico a sede perisigmoidea; tale raccolta sembra circondare il sigma e raggiunge direttamente la vescica improntandone il margine superiore.. Diffuso versamento nello scavo pelvico... Tale reperto appare di più verosimile natura flogistica sebbene allo attuale non sia possibile escludere una coesistenza eteroplastica.. "

Nel corso del ricovero gli indici di flogosi si sono ridotti (GB 10.300: N 70%, L 17,6%, PCR -), tuttavia in X giornata comparsa di vomito fecaloide, alvo chiuso a feci e gas, accentuazione del dolore addominale

→ TAC addome in urgenza:

"... riduzione della raccolta ascessuale localizzata tra sigma e parete pelvica..posteriormente alla raccolta si apprezza un ispessimento di parete del sigma che determina stenosi del lume..significativa distensione delle anse ileo-coliche a monte con presenza di livelli idro-aerei non evidenti al precedente esame ..."

→Trasferimento in chirurgia

Resezione del sigma secondo Hartman.

Esame istologico:

Resezione colica di un'area di stenosi di cm 4x2. Si repertano alcuni tramiti diverticolari.

Adenocarcinoma ben differenziato infiltrante il tessuto adiposo periviscerale, con associata intensa reazione infiammatoria con aree steatonecrotiche e di ascessualizzazione. Si associa diverticolosi.

La malattia diverticolare predispone all'insorgenza del cancro del colon-retto?

- SI;
- NO;



over group

SI, solo in presenza di familiarità;

SI, solo se la malattia è complicata.

SEDE AMMINISTRATIVA: Via Paolieri 4, 26100 Cremona
TEL 0372 23310 FAX 0372 569605 MAIL info@overgroup.eu

WEB: www.overgroup.eu

CASO 3

Da circa 3 mesi cambiamento dell'alvo, da regolare (1-2ev/die feci Bristol 4) a diarroico (3-4 ev/die feci Bristol 5-6)

Mai sangue, no dolori addominali

No febbre

No sintomi notturni, no dimagrimento

Nel mese antecedente all'insorgenza della diarrea assunzione di antibiotico per 4 settimane per complicanze successive a intervento ortopedico

Anamnesi:

Paziente ipertesa in trattamento con ACE inibitore

FANS al bisogno (1-2 volte a settimana per cefalea)

Fumatrice 15 sigarette/die

Riferito riscontro di diverticoli colici ad un imaging 7 anni prima

Esame obiettivo:

Peso 65 kg; altezza 1,55m (BMI 27 Kg/m²)

Addome: globoso, trattabile, non dolente nè dolorabile alla palpazione superficiale e profonda.

Rumori intestinali normopresenti

Esami ematochimici:

Emocromo nei limiti (no anemia, no leucocitosi)

Protidogramma, PCR nei limiti

Colesterolo tot 220 mg/dl

Es coprocolturale, parassitologico e ricerca fecale della tossina del C. Difficile neg

Nell'arco di circa 2 mesi dall'insorgenza della diarrea, l'alvo della paziente si è progressivamente normalizzato

Attualmente la pz riferisce 1-2 ev/die (bristol 3-4), senza sangue.

Tuttavia la paziente riferisce l'insorgenza di uno sporadico fastidio addominale generalizzato su tutti i quadranti addominali, ma soprattutto a quelli inferiori, accompagnato da gonfiore addominale.

Questi disturbi tuttavia non interferiscono con le attività quotidiane o lavorative.

Su consiglio del figlio medico specializzando in radiologia si sottopone a RMN addome senza contrasto. Si riscontra diverticolosi pancolica.

L'inquadramento clinico della paziente è:

1. Malattia diverticolare sintomatica non complicata
2. Colite microscopica
3. Diarrea associata a diverticolosi colica
4. Sindrome dell'intestino irritabile

Quale esame ritieni opportuno eseguire per essere certo della diagnosi di diverticolosi?

1. Colonscopia con biopsie
2. Ecografia addominale
3. Clisma opaco a doppio contrasto
4. Colonscopia virtuale

“ Multiple formazioni diverticolari a piccolo e medio colletto dal cieco fino al sigma. Non si osservano ispessimenti parietali o interessamento del grasso periviscerale. No segni di diverticolite”

Quali accorgimenti non-farmacologici consiglieresti alla paziente con la diverticolosi ?

1. Evitare l' introduzione con la dieta di noci, mais e semi che potrebbero favorire l'insorgenza di complicanze e moderare l'uso di fibre alimentari
2. Aumentare notevolmente l'apporto di fibre alimentari
3. Evitare l'assunzione cronica di FANS
4. Smettere di fumare

E' consigliabile la terapia?

1. Si
2. No

Se si, quale?

Quale follow-up per la paziente?

1. Solo PCR , Emocromo , sangue occulto periodici (annuali / semestrale)
2. Controlli di imaging periodici visto il coinvolgimento pancolico della diverticolosi
3. Colonscopia tradizionale tra un anno
4. La situazione clinica non richiede ulteriori controlli , tranne se intervengono sintomi

Quale nuovi sintomi devono essere accuratamente valutati in paziente con diverticolosi?

1. Variazione della consistenza della feci
2. Dolori addominali diffusi
3. Dolore addominale e gonfiore
4. Dolore addominale ai quadranti inferiori ed alterazione dell'alvo

CASO 4

- S.F., M, 42 anni
- Iperteso in trattamento farmacologico (ramipril 10 mg)
- Altezza: 170 cm; peso: 82 Kg; BMI: 28.4
- Dieta libera, tendenzialmente ipercalorica, povera di frutta e verdura
- Non familiarità per carcinoma coloretale, IBD o CD
- Alvo e diuresi regolare
- Giunge alla nostra attenzione in Aprile 2010 per alcuni episodi di rettorragia (emissione di sangue rosso vivo al termine dell'evacuazione), in assenza di altri sintomi, per eseguire visita proctologica e pancolonscopia

4 anni dopo

- Marzo 2014: il paziente si reca in PS per la comparsa da alcune ore di dolore addominale severo ai quadranti inferiori dell'addome, con alvo chiuso a feci e gas
- All'E.O.: addome lievemente disteso, discretamente trattabile ma dolente ai quadranti inferiori, con segno di Blumberg + + - -; Giordano negativo; rari i borborigmi
- Agli esami ematochimici:

– Leucocitosi (GB: $12.92 \times 10^3/\text{mmc}$)

PCR ↑ ↑ (15.85 mg/dL; v.n.: < 0.50)

Nella norma i restanti esami ematochimici

Richiesta TC addome s/c mdc

WEB www.overgroup.eu

TC addome s/cmdc

Markato ispessimento parietale del tratto medio del sigma (circa 12 cm), disomogeneamente captante il mdc cui si associa aspetto soffuso ed edematoso del tessuto adiposo periviscerale contenente tracce di gas, configurante il quadro della perforazione coperta (stadio 1A classificazione Hinchey). Multipli diverticoli nel colon discendente e nel sigma. Non versamento libero nè significative linfadenomegalie in sede addomino-pelvica.

Ricovero in medicina interna

- Ricoverato in Medicina Interna con la diagnosi di “diverticolite acuta non complicata”
- Trattato con digiuno, terapia reidratante e.v., antibiotici sistemici (ciprofloxacina, 400 mg x 2/die e.v., metronidazolo, 500 mg x 3/die e.v.)
- Progressiva ripresa di dieta idrica e successivamente cremosa priva di scorie, al miglioramento del quadro clinico
- Dimesso dopo 7 giorni con diagnosi di “diverticolite acuta non complicata. Ipertensione arteriosa essenziale”

Dopo 3 mesi

- Giunge alla nostra attenzione per gonfiore e dolore addominale di lunga durata

Intensità del dolore addominale:

5 NRS (Numerical Rating Scale)

- Riferisce inoltre alvo in prevalenza diarroico (tipo 6 della scala di Bristol), con episodi di stitichezza (riferisce di non evacuare per 3-4 giorni, con successiva emissione di feci di tipo 2)
- Il paziente si era in precedenza recato in PS dove aveva eseguito esami ematochimici ed ecografia addominale (n.n.) → sindrome dolorosa addominale

Domanda

- Avreste suggerito ulteriori accertamenti?
 1. No
 2. Sì, TC addome con mdc
 3. Sì, pancolonscopia con biopsie
 4. Sì, colonTC
- Quali possibili ipotesi diagnostiche?
 1. Diverticolite acuta non complicata
 2. Sindrome dell'intestino irritabile
 3. Malattia diverticolare sintomatica non complicata
 4. Diverticolite acuta complicata
- Quale fra i sintomi riferiti dal paziente è maggiormente suggestivo per malattia diverticolare sintomatica non complicata rispetto alla sindrome dell'intestino irritabile ?
 1. Gonfiore addominale
 2. Alvo misto
 3. Dolore addominale di lunga durata (>24 h)
 4. Episodi di stitichezza
- Quale terapia avreste suggerito?
 1. Probiotici a cicli mensili
 2. Mesalazina 800 mg, 1 cp x 3 volte al die per 8 settimane
 3. Rifaximina polimorfo alfa 200 mg, 2 cp x 2 al die per 7 giorni ogni mese
 4. Gomma di guar e probiotici a cicli mensili

Malattia diverticolare sintomatica non complicata post-diverticolite acuta

- Suggesta terapia con:

Rifaximina polimorfo alfa 200 mg, 2 cp x 2 al die per 7 giorni ogni mese, seguita da ciclo di 10 giorni di probiotici

- Dopo due mesi: miglioramento dei sintomi con riduzione del dolore (3 NRS) ed in parte del gonfiore, alvo maggiormente regolare con tendenza alla stitichezza → prosegue terapia

Dopo 1 anno

- Il paziente riferisce di “non essersi mai ripreso del tutto” dopo l’episodio di diverticolite acuta e di avere sospeso la terapia da circa 3 mesi
- Da circa 1 mese comparsa di dolore addominale pressochè continuo ai quadranti addominali inferiori (8 NRS)
- Si associa alvo prevalentemente stitico con 2 evacuazioni/sett (BSFS: 1-3) ed importante gonfiore addominale

Domanda

- Effettuereste ulteriori accertamenti?
 1. No
 2. Sì, TC addome con mdc
 3. Sì, pancoloscopia con biopsie
 4. Sì, colonTC

Colon TC

Indagine eseguita con doppia acquisizione (supino-prono) previa preparazione intestinale con Gastrografin (fecal tagging), insufflazione di aria attraverso sondino rettale ed ipotonzazione farmacologica.

Considerata la doppia acquisizione è stato possibile ottenere una adeguata distensione del viscere. Non immagini riferibili a formazioni parietali di tipo polipoide clinicamente significative. Multipli diverticoli nel colon discendente e nel sigma. Non versamento libero nè significative linfadenomegalie in sede addomino-pelvica.

Orientamento diagnostico: quadro clinico/laboratoristico suggestivo per malattia diverticolare sintomatica non complicata post-diverticolite acuta

Domanda

- Quale terapia suggerireste?
 1. Antibiotici sistemici e probiotici a cicli mensili
 2. Mesalazina 800 mg, 1 cp x 3 volte al die per 10 giorni al mese per almeno 12 mesi
 3. Rifaximina polimorfo alfa 200 mg, 2 cp x 2 al die per 7 giorni ogni mese, gomma di guar e probiotici a cicli mensili
 4. Rifaximina polimorfo alfa 200 mg, 2 cp x 2 al die per 10 giorni al mese + mesalazina 800 mg, 1 cp x 3 volte al die per 10 giorni al mese per almeno 12 mesi

COGNOME NOME	LAUREA	SPECIALIZZAZIONE	AFFILIAZIONE	CITTA'
ROSARIO CUOMO	Medicina e Chirurgia	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Professore Universitario – Azienda Ospedaliero Universitaria Federico II	NAPOLI
ANTONIO CUOMO	Medicina e Chirurgia	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Dirigente Medico Ospedale Umberto I – ASL SALERNO	SALERNO
ATTILIO MAURANO	Medicina e Chirurgia	Chirurgia d'urgenza e Pronto Soccorso	Dirigente Medico Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona	SALERNO
PAOLA CIAMARRA	Medicina e Chirurgia	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Dirigente UO Gastroenterologia Ospedale Mercato Sanseverino (SA)	SANSEVERINO (SALERNO)
ROSARIA FOCARETTA	Medicina e Chirurgia	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Dirigente Medico U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva – Ospedale S. Anna e S. Sebastiano	CASERTA
ELIO GIUSTO	Medicina e Chirurgia	Medicina Generale	Medico Di Medicina Generale – Scafati (SA)	SCAFATI (SALERNO)

Eventuali assenze non segnalate verranno sostituite e garantite dal Responsabile Scientifico: Prof. Rosario Cuomo