

Il Lavaggio Peritoneale Laparoscopico come trattamento della peritonite da diverticolite acuta

La riabilitazione di un approccio mini-invasivo?

Mario Sorrentino

Coordinatore ACOI Friuli Venezia Giulia

La malattia diverticolare del colon rappresenta una condizione di frequente riscontro nei paesi occidentali, pur rimanendo nella maggior parte dei casi asintomatica o paucisintomatica; d'altra parte, il 10-20% dei pazienti affetti presenterà sintomi e segni tipici della malattia nell'arco della propria vita.

Nell'ambito dei quadri sintomatici, si distinguono quelli senza infiammazione e quelli con infiammazione (diverticolite), i quali rappresentano circa il 25% dei casi. Non sempre la severità della sintomatologia è direttamente correlata alla gravità dell'infiammazione ed è per questo che, oltre alla valutazione clinica, un ruolo fondamentale nella scelta terapeutica in caso di diverticolite è svolto dalla diagnostica laboratoristica e, soprattutto, radiologica. In particolare, la TC è in grado di rilevare la presenza di pneumoperitoneo, di infiammazione colica e pericolica, di ascessi peritoneali, di segni di peritonite e di eventuali tratti stenotici del colon. Ciò consente una stima dell'estensione del processo infiammatorio acuto, fondamentale per guidare il percorso terapeutico. Va però sottolineato come anche la TC non sempre riproduca fedelmente il quadro nei suoi aspetti anatomico-patologici, portando in alcuni casi ad una sovrastima e in altri ad una sottostima della reale situazione. Soltanto il rilievo intraoperatorio può permettere al chirurgo di definire in modo certo la severità della diverticolite, in accordo con l'ormai diffusamente adottata classificazione di Hinchey. Anche in ragione di ciò, la laparoscopia si è progressivamente imposta come un approccio particolarmente indicato, rappresentando in termini pratici l'ultimo momento diagnostico ed il primo terapeutico. L'esplorazione laparoscopica nei casi in cui la diagnostica preoperatoria abbia suggerito un'indicazione all'intervento chirurgico, consente infatti, in maniera mini-invasiva, di stabilire la reale gravità del quadro morboso, evidenziando quindi l'eventuale presenza di ascessi peritoneali o di una peritonite diffusa, sia essa di tipo purulento o stercoraceo. Negli anni passati, l'intuizione di alcuni chirurghi è stata quella di sfruttare l'approccio laparoscopico non solo per l'esecuzione del classico intervento di

resezione colica (con anastomosi diretta o con confezionamento di colostomia), ma anche per condurre un intervento ancor meno invasivo, conservativo dell'organo e incentrato sui principi della "damage control surgery". Risale al lavoro di O'Sullivan del 1996 ⁽¹⁾ la prima descrizione della tecnica che è stata definita "Lavaggio Peritoneale Laparoscopico". L'intervento consiste nell'esecuzione di un accurato lavaggio della cavità peritoneale a scopo di decontaminazione, previa controllata lisi aderenziale ove indicato, evacuando eventuali raccolte infette, e nel posizionamento di drenaggi addominali. Il razionale dell'intervento è quello insito in un approccio mini-invasivo, quindi ridurre l'incidenza di complicanze, abbreviare la degenza post-operatoria e quindi favorire un più rapido ritorno alle normali attività quotidiane. Non meno importante, è l'obiettivo della riduzione dell'incidenza di confezionamento di colostomie, in considerazione del loro gravoso impatto sulla qualità di vita dei pazienti, ricordando anche che il tasso di ricanalizzazione intestinale in pazienti stomizzati non supera mediamente il 40% dei casi.

Le indicazioni proposte per il ricorso all'intervento di Lavaggio Peritoneale Laparoscopico sono rappresentate fondamentalmente dalle peritoniti purulente diffuse (grado 3 secondo la classificazione di Hinchey) e da quei casi di ascessi pericolici o pelvici, pur in assenza di estesa infiammazione peritoneale, non responsivi alla terapia antibiotica sistemica o non passibili di trattamento mediante drenaggio percutaneo eco-guidato o TC-guidato. Nelle forme più gravi, quali le peritoniti stercoracee (grado 4 di Hinchey), il Lavaggio Peritoneale Laparoscopico non risulta indicato e il classico intervento di resezione colica con colostomia (proposto da Hartmann) ne rappresenta tutt'oggi il trattamento *gold-standard*.

Negli anni successivi alla prima esperienza presentata da O'Sullivan, il Lavaggio Peritoneale Laparoscopico ha riscosso notevole successo tra i chirurghi italiani e internazionali e si è assistito ad un fiorire di lavori pubblicati in letteratura ⁽²⁾. L'analisi delle prime casistiche e delle prime revisioni della letteratura ha evidenziato come i risultati ottenuti possano essere ritenuti più che confortanti, sia per quanto riguarda quelli intraoperatori sia per quelli postoperatori a breve termine.

Sulla spinta di questo iniziale entusiasmo, sono stati condotti diversi trial prospettici randomizzati, volti a confermare la validità della metodica attraverso studi dotati di maggior valore dal punto di vista metodologico e statistico. L'esito di questi studi si è però rivelato controverso, dal momento che gli esiti sono risultati, in termini di efficacia e sicurezza, piuttosto discordanti. Ciò ha inevitabilmente frenato la crescente esaltazione del Lavaggio Peritoneale Laparoscopico, rafforzando di conseguenza le convinzioni dei chirurghi sostenitori dei tradizionali interventi di resezione. Il riscontro di risultati così diversi tra i vari trial ha spinto però alcuni Autori ad indagare sulle cause di tali esiti ed è per questo che sono state successivamente eseguite delle metanalisi aventi come oggetto di analisi la comparazione dei suddetti studi. I risultati ottenuti hanno apportato nuova linfa vitale alla metodica del Lavaggio Peritoneale Laparoscopico, ponendo in evidenza due importanti vantaggi rispetto agli interventi di resezione colica. In primo luogo è stato osservato che, nonostante un incremento dell'incidenza di ascessi peritoneali post-operatori (comunque trattabili nella maggior parte dei casi con un approccio conservativo mediante il drenaggio percutaneo), il tasso complessivo di re-interventi entro 12 mesi dal primo risulti inferiore nei pazienti trattati con il Lavaggio Peritoneale Laparoscopico. Il secondo aspetto fondamentale è rappresentato dalla ridotta incidenza

di stomie (siano esse colostomie come nell'intervento proposto da Hartmann o ileostomie di protezione in caso di resezione colica con anastomosi diretta). Dovendo considerare, come precedentemente accennato, l'impatto di una stomia sulla qualità di vita del paziente, i rischi non trascurabili relativi ad un successivo intervento di ricanalizzazione intestinale e l'evidenza che molte stomie inizialmente aggettivate come "temporanee" si rivelino nella realtà dei fatti "definitive", non si può non riconoscere il grande vantaggio di questo approccio chirurgico conservativo.

Un recente studio multicentrico, coordinato da chirurghi italiani con comprovata esperienza nel campo della malattia diverticolare del colon, ha consentito di esaminare nell'insieme, in modo retrospettivo, oltre 230 pazienti sottoposti ad intervento di Lavaggio Peritoneale Laparoscopico per peritonite purulenta (Hinchey 3) da diverticolite acuta ⁽³⁾. Sulla base dell'osservazione di accettabili tassi di morbilità, di re-intervento precoce e di mortalità, gli Autori hanno concluso che tale metodica chirurgica possa essere considerata valida per il trattamento delle suddette condizioni patologiche. I fattori che maggiormente sono correlati al raggiungimento di buoni risultati sono rappresentati da un basso grado di severità della peritonite secondo il *Mannheim Peritonitis Index*, un ridotto rischio operatorio (*ASA score*), l'assenza di identificazione di una chiara perforazione colica e di un'estesa lisi aderenziale; anche la presenza di precedenti episodi di diverticolite acuta si è rivelato favorente il buon esito dell'intervento chirurgico.

Se la crescente esperienza sta dunque progressivamente facendo luce sulla validità del Lavaggio Peritoneale Laparoscopico, in termini di sicurezza ed efficacia della procedura, nel trattamento del quadro acuto, più controversa rimane la valutazione dei risultati a lungo termine. Infatti, alcuni Autori hanno progressivamente mostrato come, controllando i pazienti operati negli anni, non risultasse mandataro sottoporli ad intervento di resezione colica elettiva a distanza dall'episodio acuto. In altre parole, si è cercato di fuoriuscire dal rigido schema nel quale il Lavaggio Peritoneale Laparoscopico esercitava esclusivamente il ruolo di "bridge-therapy" in regime d'urgenza verso un secondo intervento, di resezione, programmato in condizioni di stabilità ⁽³⁾. Il vivace interesse dimostrato dai chirurghi verso questo aspetto, ha prodotto infatti delle considerazioni che si stanno rivelando essenziali nel percorso di accettazione di teorie che inizialmente potevano apparire rivoluzionarie. E' stato notato come la storia naturale della malattia diverticolare complicata del colon sia sostanzialmente più benigna di quanto si pensasse in passato. Infatti, l'episodio di perforazione intestinale, responsabile delle forme più severe di diverticolite acuta, rappresenta spesso l'esordio della patologia e la sua incidenza si riduce in maniera direttamente proporzionale al numero di eventi acuti successivi ⁽⁴⁾. Da un punto di vista istologico ciò è stato spiegato dal cosiddetto "buttressing effect", ovvero quei processi di fibrosi, ispessimento delle pareti coliche e formazione di aderenze, che nel loro insieme contribuiscono progressivamente a ridurre il rischio di nuove perforazioni coliche a seguito di quella iniziale. E' per questo motivo che sta progressivamente espandendosi il consenso nel ritenere non più giustificabile, ai nostri giorni, una politica di resezione colica in elezione finalizzata a impedire in maniera preventiva il verificarsi di nuovi episodi di perforazione. E' per questo motivo che si contano sempre più sostenitori del concetto secondo il quale l'indicazione alla resezione colica in elezione, a seguito di un episodio di diverticolite acuta, anche trattata con approccio chirurgico conservativo quale il Lavaggio

Peritoneale Laparoscopico, dovrebbe essere posta non sulla base di parametri rigidi bensì caso per caso, considerando complessivamente sintomatologia riportata, rischio operatorio e aspettative di ogni singolo paziente.

Riferimenti bibliografici

1. O'Sullivan GC, Murphy D, O'Brien MG, Ireland A. ***Laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated colonic diverticula.*** *Am J Surg.* 1996; 171(4):432-4.
2. Sorrentino M, Brizzolari M, Scarpa E, Malisan D, Bruschi F, Bertozzi S, Bernardi S, Petri R. ***Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: a definitive treatment? Retrospective analysis of 63 cases.*** *Tech Coloproctol.* 2015; 19(2):105-10.
3. Binda GA, Bonino MA, Siri G, Di Saverio S, Rossi G, Nascimbeni R, Sorrentino M, Arezzo A, Vettoretto N, Cirocchi R, LLO Study Group. ***Multicentre international trial of laparoscopic lavage for Hinchey III acute diverticulitis (LLO Study).*** *Br J Surg.* 2018 Jul 14. doi: 10.1002/bjs.10916. [Epub ahead of print].
4. Ritz JP, Lehmann KS, Frericks B, Stroux A, Buhr HJ, Holmer C. ***Outcome of patients with acute sigmoid diverticulitis: multivariate analysis of risk factors for free perforation.*** *Surgery* 2011 May;149(5):606-13.