



Rettocolite ulcerosa in urgenza ed emergenza: nostra esperienza



Ann. Ital. Chir., LXXIV, 5, 2003

**S. Miniello, M. Nacchiero, M. Testini,
N. Tomasicchio, G. Cristallo, G. Lissidini,
G.M. Bonomo**

Università degli Studi di Bari
Dipartimento per le Applicazioni in Chirurgia delle
Tecnologie Innovative
Sezione di Chirurgia Generale e Vascolare e Oncologia Clinica
U.O. Chirurgia Generale 1°
Direttore: Prof. G.M. Bonomo
Sezione di Chirurgia Generale e Toracica
U.O. Chirurgia Generale 3°
Direttore: Prof. M. Nacchiero
Cattedra di Chirurgia d'Urgenza e di Pronto Soccorso
Titolare: Prof. S. Miniello

Definizione e inquadramento nosologico delle diverse forme cliniche

Con l'espressione "urgent ulcerative colitis" si indica comunemente la condizione critica, con caratteri di urgenza o di emergenza, indotta dalla rettocolite ulcerosa (RCU) in fase acuta severa o tossica e dalle sue complicanze.

Tale condizione, pertanto, si esprime con molteplici forme cliniche, talvolta emendabili con la sola terapia medica.

Il trattamento chirurgico si impone nella:

- RCU severa o tossica che non risponde alla terapia medica;
- RCU severa o tossica complicata da:

- megacolon tossico;
- perforazione;
- emorragia massiva.

La colite ulcerosa acuta severa è caratterizzata da:

- diarrea ematica;
- manifestazioni generali;
- segni emetochimici.

I criteri di definizione della colite ulcerosa severa sono stati tracciati da diversi gruppi di studio, (31, 5, 21) con variazioni di modesta entità e sostanzialmente poco influenti sulla definizione complessiva del quadro clinico.

Abstract

URGENT ULCERATIVE COLITIS: OUR EXPERIENCE

The authors refer their experience in Urgent Ulcerative Colitis. They define the various clinical manifestations and then specify the necessary elements for a correct nosological arrangement.

About diagnosis, they confirm the inconvenience of clinical examination like as colonoscopy or an opaque chysma, giving their choice to other parameters, like as clinical, hematic (PCR), microscopic and cultural of the faeces, radiological (direct abdomen radiography; abdomino-pelvic echography; abdomino-pelvic TC, better if spiral), endoscopic (rectoscopy with minimal insufflation).

They explain their guideline about medical therapy, the strategy adopted in relation to its duration, the protocol of evaluation during the administration period and the predictive signs of its possible failure.

After having precised the surgical indications, they stop a little about the timing of a surgical intervention, underlining its primary importance. In the range of a surgical strategy. They give their choice to the total colectomy with associated ileostomy for its less incidence of complications and mortality versus proctocolectomy, reserving this last one to that cases with irrepressible rectal hemorrhagy, with preservation of the anal canal for a possible delayed ileo-anal anastomosis.

They also think, at last, that after an Urgent Total Colectomy, the immediate ileo-rectum anastomosis could have an high risk of dehiscence of the anastomosis itself and so it must be reserved only to that selected cases which offer local and general guarantees of solidity of the anastomosis and it must be preferably done joinly whith a loop ileostomy at the bottom of the anastomosis itself.

Key words: Ulcerative colitis, urgency, emergency.

Tra i diversi parametri di definizione della colite ulcerosa severa, tuttavia, quelli a tutt'oggi più diffusamente condivisi sono stati indicati da Truelove e Witts (1954) (31):

- temperatura corporea superiore a 37,5 °C;
- tachicardia >90/min;
- Hb < al 75% dei valori normali;
- Ves >30mm/h.

Per quanto ci riguarda, adottiamo i criteri di Truelove e Witts, aggiungendo tuttavia quale ulteriore parametro

l'albuminemia inferiore a 30gr/L, considerata invece da altri (22) tra i fattori prognostici sfavorevoli della colite ulcerosa severa, congiuntamente a:

- malattia estesa;
- storia clinica breve;
- riscontro di mucosa rettale spontaneamente sanguinante;
- alcalosi metabolica;
- proteina C reattiva >2,8;
- albumina sierica <30gr/L;
- ipokaliemia.

Per colite ulcerosa iperacuta-tossica o fulminante si intende una forma di colite acuta severa particolarmente grave, caratterizzata da insorgenza improvvisa e drammatica evoluzione in senso peggiorativo, correlata alla progressione trasmurale del processo patologico.

I criteri di definizione della colite ulcerosa tossica o fulminante sono stati individuati nel riscontro di almeno tre dei seguenti parametri (29):

- temperatura corporea >38,6 °C;
- tachicardia >120/min;
- Hb <9,6 gr/dl nell'uomo e 8,4 gr/dl nella donna;
- leucociti >10500,

purchè in presenza di almeno una delle seguenti condizioni: disidratazione; squilibrio idroelettrolitico; ipotensione; alterazioni della psiche e del sensorio.

Sono considerati fattori prognostici sfavorevoli della colite ulcerosa tossica (29):

- l'aumento del gas nell'intestino tenue;
- "gasless abdomen", cioè una minore quantità di gas in addome.

Per megacolon tossico si intende, invece, una colite acuta severa associata a dilatazione totale o segmentale del colon (Ø del colon trasverso >6 cm), con scomparsa delle haustrature e rallentamento o scomparsa della peristalsi.

Materiali e Metodi

Nel periodo 1985-1999 sono stati osservati 886 pazienti affetti da RCU (Tab. I). Di essi, 114 affetti da RCU severa o tossica o complicata sono stati ricoverati: 36 (31,6%) sono stati operati in urgenza o emergenza, mentre i rimanenti (68,4%) non sono stati sottoposti ad alcun trattamento chirurgico per risposta favorevole alla terapia medica.

Dei 78 pazienti non operati (Tab. II), 59 (51,7%) sono risultati affetti da colite severa, 9 (7,9%) da emorragia severa, 7 (6%) da colite tossica e 3 (2,6%) da megacolon tossico.

Nei 36 pazienti operati in urgenza o emergenza (Tab. III) l'indicazione all'intervento è stata: colite severa o tossica in 21 casi (58,5%); megacolon tossico in 7 (19,5%); perforazione in 4 (11%); emorragia massiva non responsiva a terapia medica intensiva o recidiva in 4 (11%).

Tab. I

Pazienti con RCU osservati	886
Pazienti con RCU (severa o tossica o complicata) ricoverati	114 di cui:
	– 36 (31,6%) operati in urgenza o emergenza
	– 78 (68,4%) non operati

Tab. II

Complicanze	n. pazienti non operati
Colite severa	59 (51,7%)
Emorragia severa	9 (7,9%)
Colite tossica	7 (6%)
Megacolon tossico (operati in elezione)	3 (2,6%)
Totale	78 (68,2%)

Tab. III

Indicazioni all'intervento	n. pazienti	Tipo di intervento
Colite severa o tossica	21 (58,5%)	21 colectomia + ar + ileostomia
Megacolon tossico	7 (19,5%)	7 colectomia + ar + ileostomia
Perforazione	4 (11%)	4 colectomia + ar + ileostomia
Emorragia massiva	4 (11%)	3 colectomia + ar + ileostomia 1 proctocolectomia

Ar = affondamento del retto

In 35 dei 36 pazienti operati (pari al 97,3%) è stata eseguita la colectomia con affondamento del retto in sede intraperitoneale e ileostomia; soltanto in un paziente (2,7%) con emorragia massiva è stata eseguita la proctocolectomia, essendo anche il retto sede di copioso sanguinamento.

Risultati

Degli 886 pazienti con RCU osservati nel periodo 1985-1999, il ricovero è risultato necessario in 114 di essi (12,9%) per colite severa o tossica o complicata. Ben 78 pazienti si sono giovati della sola terapia medica.

In tre casi di megacolon tossico, l'involvere del quadro acuto ci ha permesso di non attuare la procedure chirurgica d'urgenza; tuttavia i tre pazienti sono stati in breve tempo sottoposti a trattamento chirurgico in elezione per l'elevato rischio di recidiva della complicanza (3).

Tab. IV – COMPLICANZE

Infezione della ferita	5 (13,8%)
Infezione da catetere venoso centrale	3 (8,3%)
Processo broncopneumonico	4 (11%)
Cistite	5 (13,8%)

Tab. V – MORTALITÀ PER SEPSI O MOFS

Colite tossica	1
Megacolon tossico	1
Perforazione	2
Totale	4 (11%)

Nel campione dei 36 pazienti operati in emergenza o urgenza abbiamo osservato le seguenti complicanze (Tab. IV): infezione della ferita chirurgica in 5 casi (13,8%); infezione da catetere venoso centrale in 3 (8,3%); processo broncopneumonico acuto in 4 pazienti (11%); cistite in 5 pazienti (13,8%).

Abbiamo registrato 4 decessi (11%) per sepsi o per MOFS (Tab. V): 1 paziente affetto da colite tossica, 1 da megacolon tossico, 2 da perforazione.

Discussione

Dopo aver definito l'Urgent Ulcerative Colitis e aver inquadrato le sue diverse forme cliniche con i relativi criteri di definizione, è opportuno puntualizzare i problemi diagnostici. Ribadite le unanimi controindicazioni alla colonscopia e al clisma opaco, riteniamo che la diagnostica debba essere incentrata su parametri:

- clinici;
- ematochimici (PCR);
- microscopici e colturali delle feci;
- radiologici (esame radiografico diretto dell'addome; ecografia addomino-pelvica; TAC addomino-pelvica);
- endoscopici (rettoscopia con minima insufflazione).

Per quanto attiene i parametri clinici è opportuno sottolineare che il paziente con RCU severa giunge frequentemente all'osservazione del chirurgo non in prima istanza, ma dopo essere stato trattato dall'internista o dal gastroenterologo e, pertanto, già sottoposto a terapia cortisonica. Quest'ultima modifica o sopprime alcuni parametri che consentono di definire la colite acuta severa, come ad esempio la febbre, ed è in grado, inoltre, di mascherare la difesa addominale. In questi pazienti, pertanto, bisogna dare la giusta importanza al dolore addominale riferito, come pure all'esame obiettivo dell'addome, in particolar modo all'ascoltazione che potrebbe far rilevare una riduzione dei rumori peristaltici intestinali, spesso distanziati tra loro da lunghi intervalli silenziosi.

Un parametro clinico da non trascurare, inoltre, è la consistenza delle feci (16) che esprime la quantità di acqua riassorbita dalla mucosa colica e, conseguentemente, l'estensione della malattia. I parametri ematochimici più significativi sono: l'emocromo (Hb, globuli bianchi, Hct), l'emogasanalisi per il riscontro di alcalosi metabolica, l'albuminemia, gli elettroliti sierici e in particolar modo il potassio, la VES e soprattutto la proteina C reattiva (PCR), idonea quest'ultima a indicare l'estensione dell'infiammazione (22). I valori della PCR, infatti, risultano bassi in caso di proctite e proctosigmoidite, mentre risultano superiori a 2,8 in presenza di colite sinistra e pancolite. Gli esami microscopici e colturali delle feci consentono la diagnosi differenziale tra RCU e le molteplici coliti determinate da microrganismi. Tra i presidi radiologici un ruolo importante è svolto dal semplice esame radiografico diretto dell'addome, solitamente concordante con l'estensione anatomica della colite, i cui elementi più indicativi sono rappresentati dall'ispessimento della parete colica e dalle alterazioni del profilo della sua mucosa. La radiografia in bianco dell'addome può infatti evidenziare la presenza di isole mucose delimitate da ulcere circostanti. La colite severa, tra l'altro, può essere caratterizzata radiologicamente dal cosiddetto "colon destro vuoto", per l'assenza di gas e feci in tale segmento colico. La radiografia in bianco dell'addome, inoltre, può fornire criteri atti a individuare una complicanza incipiente o in atto. Il megacolon tossico è caratterizzato dalla distensione aerea dell'intero colon o di un suo segmento, il trasverso, con diametro maggiore di 6 centimetri, associata a scomparsa delle haustrature (11). Segno premonitore di megacolon tossico è la distensione delle anse digiunali e ileali (3); la distensione di altre anse intestinali sarebbe predittiva di fallimento della terapia in oltre il 70% (4) dei casi. Il segno radiologico premonitore di megacolon tossico, costituito dalla distensione delle anse digiunali e ileali, allorché associato ai seguenti parametri ematochimici è indicativo di megacolon incipiente (30): pH 7,5; albuminemia <2,5/100 ml; Cl <95 mEq/l, Ca <4,2 mEq/l; fosforemia <1,5 mEq/l.

L'esame radiografico diretto dell'addome, infine, permette di evidenziare la presenza di aria libera nel cavo peritoneale in caso di perforazione libera in addome. Quest'ultima, associata o meno al megacolon tossico, è da considerare complicanza molto grave, comportando un rischio di mortalità quattro volte maggiore rispetto a quello espresso dalla colite acuta severa (24).

L'ecografia addomino-pelvica ci consente di valutare il contenuto intestinale, lo spessore della parete, la presenza di ulcere e il loro approfondirsi (segno predittivo di perforazione) in controlli successivi effettuati a brevi intervalli di tempo, come pure di evidenziare la presenza di isole mucose. La TAC addomino-pelvica è un presidio diagnostico di fondamentale importanza (2, 25), soprattutto con metodica spirale, anche senza mezzo di contrasto (26), poiché concorre a definire o a dirimere dubbi inerenti dila-

tazioni coliche, perforazioni, interessamento flogistico delle singole tonache della parete colica.

Poniamo indicazioni alla rettoscopia con minima insufflazione per:

- confermare allorquando necessario il sospetto di RCU e porre diagnosi differenziale con la colite pseudomembranosa e con la colite ischemica;
 - valutare la compromissione della mucosa e l'entità del suo sanguinamento in caso di complicanza emorragica.
- Riassumiamo come segue la terapia medica praticata ai nostri pazienti con colite ulcerosa severa:
- sospensione totale dell'alimentazione;
 - nutrizione parenterale totale, con ripristino appena possibile della nutrizione enterale minima;
 - correzione degli squilibri idroelettrolitici e metabolici;
 - cortisone ad alti dosaggi (somministrazione parenterale di 60mg/die di metilprednisolone);
 - idrocortisone per rectum;
 - reintegro dell'emoglobina;
 - correzione della disprotidemia;
 - antibiotici ad ampio spettro, per aerobi e anaerobi.

È opportuno a tal proposito puntualizzare che nessuna aspettativa di efficacia dell'antibioticoterapia deve essere riposta nell'emendare la tossicosi da translocazione batterica.

Nei pazienti con RCU severa non responsivi alla terapia steroidea poniamo indicazione al trattamento chirurgico, non condividendo l'impiego della ciclosporina. Questa, infatti, risulta inefficace in una percentuale variabile dall'8-9% al 33% dei soggetti trattati in fase acuta per via endovenosa (10, 32, 7, 28, 18) (oltre a rendersi responsabile di complicanze quali ipertensione arteriosa, epato-nefrotossicità e altro ancora) e in una percentuale ancor più elevata (fino al 50% e oltre) nel successivo trattamento a lungo termine per via orale (10, 32, 7, 28), consegnando pertanto al trattamento chirurgico tali pazienti severamente debilitati dalla malattia e in condizioni di grave immunodepressione.

È importante accertare che il paziente non assuma anti-diarroici, oppiacei, anticolinergici, che possano indurre l'insorgenza del megacolon tossico.

Un problema particolarmente dibattuto è quello inerente la durata della terapia medica nella RCU severa. Riteniamo che la terapia medica debba determinare un sensibile miglioramento del quadro clinico entro cinque giorni dal suo inizio, risultando infruttuosa oltre questo arco di tempo. In caso di mancata risposta alla terapia medica, comprovata dall'insorgenza di complicanze o anche dal solo scadimento delle condizioni generali, va posta indicazione al trattamento chirurgico. In caso di miglioramento del quadro clinico ma con persistenza di segni e sintomi di attacco acuto la decisione risulta più complessa e va presa dopo aver attentamente vagliato ogni singolo caso, considerando segni sfavorevoli alla radiografia in bianco dell'addome il riscontro di dilatazione colica e l'evidenza di isole mucose delimitate dalla presenza di ulcere.

Nei pazienti con RCU severa trattati con terapia medica adottiamo il protocollo di controllo proposto da Kumar nel 1993 (13):

- controllo clinico del paziente due volte al dì da parte dell'equipe medica e chirurgica;
- monitoraggio della frequenza cardiaca e della temperatura corporea;
- numero delle defecazioni e loro caratteristiche (consistenza, presenza di sangue);
- dolorabilità, resistenza addominale, presenza e caratteri della peristalsi intestinale;
- controllo quotidiano dell'emoglobina, degli elettroliti e, a di alterni, della VES e/o PCR;
- radiografia in bianco dell'addome quotidianamente eseguita.

Nel 1975 Lennard-Jones (15) individuava alcuni segni predittivi di fallimento della terapia medica in corso di colite ulcerosa acuta severa (Tab. VI).

Sono attualmente considerati segni predittivi di insuccesso della terapia medica in corso di colite ulcerosa severa (29):

- malattia molto estesa documentata dalla radiografia in bianco dell'addome e dalla PCR >2,8;
- insorgenza recente della malattia;
- gravità della rettorragia e delle evacuazioni diarroiche;
- alcalosi metabolica;
- dolorabilità e resistenza addominale;
- aumentata quantità di gas nel tenue, anche in assenza di megacolon tossico;
- riduzione dei livelli plasmatici delle proteine totali, albumina e colinesterasi.

L'identificazione di tali segni predittivi ha comportato un aumento del numero di interventi praticati in urgenza piuttosto che in emergenza (14), diversamente da quanto accadeva in passato. Per quanto riguarda il megacolon tossico, qualora esso insorga all'esordio clinico della colite acuta severa o tossica, è preferibile avviare all'intervento chirurgico immediato, optando per la terapia medica intensiva per non oltre 48 ore. L'intervento chirurgico di prima, infatti, è gravato sì da mortalità contenuta, ma certamente più alta di quella registrata con il semplice trattamento medico (8). In caso di esito favorevole alla terapia medica è opportuno, come precedentemente sottolineato, eseguire al più presto l'intervento chirurgico in elezione per l'elevato rischio di un nuovo episodio di colite severa in un breve arco di tempo (3).

Tab. VI – I SEGNI PREDITTIVI DI FALLIMENTO DELLA TERAPIA MEDICA

Segni	% insuccesso
N. scariche/24ore	
>9	33
>12	55
Temperatura nelle prime 24 ore >38 °C	56
Albuminemia <30gr/l	42
Isole di mucosa alla radiografia diretta addome	75

L'intervento chirurgico in emergenza si impone allorché il megacolon tossico insorga durante terapia con corticosteroidi. In tal caso, infatti, la terapia medica protratta è associata a elevata mortalità (9). Il megacolon tossico si accompagna ad alto rischio di perforazione; quest'ultima, quando libera in addome, incrementa sensibilmente, fino a triplicarla, la mortalità per megacolon (6). La perforazione, tuttavia, può complicare la colite acuta severa anche in assenza di megacolon tossico e costituisce indicazione all'intervento chirurgico in emergenza. La perforazione libera in addome è gravata da un rischio di mortalità quadruplicato in corso di colite acuta severa (24), costituendo pertanto complicanza grave ai fini prognostici. Non si dimentichi, inoltre, che l'impiego di elevati dosaggi di corticosteroidi può mascherare l'obiettività addominale in corso di perforazione; questa, pertanto, deve essere investigata eseguendo quotidianamente una radiografia in bianco dell'addome. L'emorragia massiva incide per l'1-3% nelle diverse casistiche. In oltre il 50% dei pazienti con emorragia massiva si instaura una condizione di megacolon tossico (12); bisogna pertanto sempre sospettare la coesistenza delle due complicanze. La necessità di trasfondere oltre 6-8 unità di sangue nelle prime 24-48 ore costituisce indicazione assoluta all'intervento chirurgico (23). Conseguentemente a quanto fin qui puntualizzato, è possibile riassumere come segue le indicazioni alla chirurgia nell'Urgent Ulcerative Colitis:

- colite acuta severa o tossica, che non risponda a terapia medica intensiva;
- megacolon tossico che non regredisca entro 24-48 ore di terapia medica intensiva oppure insorto durante terapia con corticosteroidi;
- perforazione;
- emorragia massiva non responsiva a terapia medica e che richieda la trasfusione di oltre 6-8 unità di sangue nelle prime 24-48 ore;
- il persistere, dopo terapia medica intensiva, di:
 - diarrea con scarso o nullo contenuto fecale
 - dolore addominale
 - febbre
 - sovraddistensione gassosa del tenue oppure evidenza di isole mucose.

Particolarmente dibattuto e di primaria importanza nella gestione del paziente è il timing dell'intervento chirurgico. Numerosi studi randomizzati hanno permesso di definire meglio il timing dell'intervento chirurgico indicando le scelte tattiche in tal senso più opportune ai fini del contenimento della mortalità del paziente. Il timing da noi adottato è il seguente:

- l'attesa è considerata opportuna fino a 5 giorni nella colite severa non complicata;
- fino a 7 giorni in caso di miglioramento ma con persistenza di segni e sintomi di attacco acuto;

- fino a 2-3 giorni nella colite tossica;
- fino a 1-2 giorni nel megacolon tossico che insorga all'esordio della colite severa o tossica.

L'intervento chirurgico di emergenza si impone, invece, in caso di:

- megacolon tossico che complica la colite severa o tossica già in trattamento con corticosteroidi;
- perforazione;
- emorragia massiva non responsiva a terapia medica intensiva oppure recidiva.

Sufficientemente pianificate, ormai, risultano essere le opzioni chirurgiche in condizioni di urgenza, pur se non del tutto esenti da qualche controversia. Riportiamo di seguito, a tal proposito, gli orientamenti di Scuola, peraltro condivisi da gran parte degli studiosi del problema:

- bisogna evitare in urgenza procedure chirurgiche complesse ed eccessivamente demolitive, che necessitano tra l'altro di tempi sensibilmente più lunghi;
- è necessario asportare il colon, responsabile della condizione tossico-settica (27);
- l'intervento di scelta è attualmente la colectomia totale con ileostomia e affondamento del moncone rettale, procedura chirurgica questa che ha soppiantato nel tempo la proctocolectomia (17, 19). Quest'ultima, infatti, è gravata da una maggiore incidenza di complicanze e mortalità rispetto alla colectomia totale con ileostomia (mortalità: 14,7% vs 6,1%) (1), che è invece solitamente caratterizzata da un decorso post-operatorio soddisfacente.

Il retto è da noi sezionato e affondato in sede intraperitoneale, piuttosto che sottoperitoneale, al fine di conservare un moncone rettale sufficientemente capiente per l'anastomosi ileo-rettale differita e limitare al paziente i disagi derivanti dalle numerose evacuazioni in caso di un moncone corto e, pertanto, scarsamente capiente. Non abbiamo mai confezionato la fistola mucosa invece dell'affondamento rettale, potendo la fistola mucosa essere soltanto sigmoidea e non rettale e costringendo, pertanto, a risparmiare inopportuno un segmento del sigma. In un tempo successivo sarà valutata, caso per caso, l'opportunità di ripristinare la continuità intestinale confezionando un'ileo-rettoanastomosi differita o di procedere al completamento della procedura chirurgica demolitiva con la proctocolectomia.

L'ileo-rettoanastomosi immediata dopo colectomia d'urgenza è infatti gravata da elevato rischio di deiscenza dell'anastomosi (20) ed è pertanto da riservare a casi selezionati che offrano garanzie locali e generali di tenuta anastomotica (12). In tal caso è opportuno proteggere l'ileo-rettoanastomosi con una ileostomia a loop confezionata a monte. La proctocolectomia totale d'urgenza eseguita in un sol tempo è da riservare soltanto ai casi di emorragia rettale irrefrenabile (8). In tal caso è opportuno eseguire la proctocolectomia semplice, ossia con conservazione del canale anale, per eventuale successiva ileo-anale anastomosi con reservoir, da confezionare dopo almeno tre mesi.

Conclusioni

L'Urgent Ulcerative Colitis è una patologia severa che colloca il paziente nell'ambito dell'area critica, mettendone a repentaglio la vita.

L'attuale migliore comprensione delle sue molteplici sfaccettature cliniche ha consentito di puntualizzare i parametri di definizione delle stesse, i fattori prognostici sfavorevoli, i criteri diagnostici e le strategie terapeutiche, mediche e chirurgiche, più opportune per il contenimento della morbilità e della mortalità.

In tale ambito sono ormai oggetto di più chiara acquisizione i protocolli di terapia medica, la durata e i criteri di controllo della stessa, i segni predittivi del suo eventuale insuccesso. Così pure sono state meglio definite le indicazioni chirurgiche e, soprattutto, il timing dell'intervento chirurgico e le opzioni chirurgiche in emergenza.

Riassunto

Gli Autori riportano la propria esperienza in tema di Urgent Ulcerative Colitis.

Dopo averne definito le varie manifestazioni cliniche, puntualizzano i parametri indispensabili al corretto inquadramento nosologico.

In ambito diagnostico ribadiscono l'inopportunità di esami quali la colonscopia e il clisma opaco, accordando la propria preferenza ai parametri clinici, ematochimici (PCR), microscopici e colturali delle feci, radiologici (radiografia in bianco dell'addome; ecografia addomino-pelvica; TAC addomino-pelvica, meglio se spirale), endoscopici (rettoscopia con minima insufflazione).

Espongono le linee guida adottate in tema di terapia medica, le strategie impiegate in relazione alla durata della stessa, il protocollo di controllo durante il periodo di somministrazione e i segni predittivi di un suo eventuale insuccesso.

Dopo aver puntualizzato le indicazioni chirurgiche, si soffermano sul timing dell'intervento chirurgico sottolineandone la fondamentale importanza.

Nell'ambito delle opzioni chirurgiche accordano la propria esperienza alla colectomia totale con ileostomia per la sua minore incidenza di complicanze e mortalità rispetto alla proctocolectomia, quest'ultima riservata soltanto ai casi di emorragia rettale irrefrenabile ed eseguita con conservazione del canale anale per l'eventuale differita anastomosi ileo-ale con reservoir.

Ritengono infine che, dopo colectomia totale d'urgenza, l'ileorettoanastomosi immediata sia gravata da elevato rischio di deiscenza dell'anastomosi, motivo per cui debba essere riservata ai casi selezionati che offrano garanzie locali e generali di tenuta anastomotica e che vada preferibilmente confezionata congiuntamente a una ileostomia a loop eseguita a monte dell'anastomosi medesima.

Parole chiave: Ulcerative Colitis Urgency, emergenza.

Bibliografia

- 1) Block G.E., Moosa A.R., Simonowits D., Hassan S.Z.: *Emergency colectomy for inflammatory bowel disease*. Sur, 82:531-6, 1977.
- 2) Brawner S.D., et al.: *CT demonstration of toxic megacolon*. Comput Radiol, 2:279-81, 1983.
- 3) Caprilli R., Vernia P., Latella G., Torsoli A.: *The early recognition of toxic megacolon*. J Clin Gastroenterol, 9:160-4, 1987.
- 4) Chew C.N., Nolan D.J., Jewell D.P.: *Small bowel gas in severe ulcerative colitis*. Gut, 32:1535-7, 1991.
- 5) Fazio V.W.: *Toxic megacolon in ulcerative colitis and Crohn's colitis*. Clin Gastroenterol, 9:389-407, 1980.
- 6) Greenstein A.J., Sachar D.B., Gibas A., et al.: *Outcome of toxic dilatation in ulcerative and Crohn's colitis*. J Clin Gastroenterol, 7:137-44, 1985.
- 7) Gurudu S.R., Griffel L.H., Gialanella R.J., Das K.M.: *Cyclosporine therapy in inflammatory bowel disease*. J Clin Gastroenterol, 29(2):151-4, 1999.
- 8) Hawley P.R.: *Emergency surgery for ulcerative colitis*. World J Surg, 12:169-74, 1988.
- 9) Heppel J., Farkouh E., Dube S. et al.: *Toxic megacolon: an analysis of 70 cases*. Dis Colon Rectum, 34:1005-9, 1991.
- 10) Hermida-Rodriguez C., Cantero Perona J., Garcia-Valriberas R., Pajares Garcia J.M., Mate-Jimenez J.: *High-dose intravenous cyclosporine in steroid refractory attacks of inflammatory bowel disease*. Hepatogastroenterology, 46(28):2265-8, 1999.
- 11) Hiwell-Jones J., Chapman M.: *Definition of megacolon in colitis*. GUT, 10:562-5, 1969.
- 12) Jovino R., et al.: *La rettocolite ulcerosa: indicazioni e timing chirurgico nelle urgenze*. Atti Congr Naz SIC ROMA, 3:8-15, 1998.
- 13) Kumar D.: *Ulcerative colitis: indications for surgical intervention*. In Kumar D., Alexander-Williams J. (Eds): *Crohn's disease and ulcerative colitis*. Springer-Verlag, Londra, 163, 1993.
- 14) Leijonmark C.E., Persson P.G., Hellers G.: *Factors influencing colectomy rate in ulcerative colitis: an epidemiologic study*. Gut, 31:329-33, 1990.
- 15) Lennard Jones J.E., et al.: *Assessment of severity in colitis: a preliminary study*. Gut, 16:579-84, 1975.
- 16) Lennard Jones J.E.: *The clinical outcome depends on how much the colonic mucosa is involved*. Scand J Gastroenterol, 88 (suppl):48-53, 1993.
- 17) Liethiger S.L., Present D.H., Korkbluth A., et al.: *Cyclosporine in severe attack of ulcerative colitis*. Lancet, 336:16-9, 1990.
- 18) Marion J.F., Present D.H.: *The modern medical management of acute, severe ulcerative colitis*. Eur J Gastroenterol Hepatol, 9:831-5, 1997.
- 19) Melville D.M., Ritchiejk, Nicholls R.J., Hawley P.R.: *Surgery for ulcerative colitis in the era of the pouch: the St. Mark's Hospital experience*. Gut, 35:1076-80, 1994.
- 20) Mikkola K.A., Jarvineh H.J.: *Management of fulminating ulcerative colitis*. Ann Chir Gynaecol, 81:37-41, 1992.
- 21) Morel P., Hawker P.C., Allan R.N., et al.: *Management of acute colitis in inflammatory bowel disease*. World J Surg, 10:814-9, 1986.

- 22) Prantera C., Davoli M., Lorenzetti A., et al.: *Clinical and laboratory indicators of extent of ulcerative colitis*. J Clin Gastroenterol, 10:41-5, 1988.
- 23) Robert J.H., Sacher D.B., Aufses A.H., Greenstein A.J.: *Management of severe hemorrhage in ulcerative colitis*. Am Surg, 159:550-5, 1990.
- 24) Shet S.G., La Mont J.T.: *Toxic megacolon*. Lancet, 351:509-13, 1998.
- 25) Siskin B.N., et al.: *Toxic dilatation in Crohn's disease with CT correlation*. J Comput Assist Tomogr, 9:193-5, 1985.
- 26) Spagliardi et al.: *Rettocolite ulcerosa. Il trattamento in urgenza: quando e come operare*. Atti 98° Cong. Naz. SIC Roma, 2:721-6, 1996.
- 27) Speranza V., Minervini S.: *Le coliti acute severe*. Atti 95° Congr. Naz. SIC, Milano, 1:140-52, 1993.
- 28) Stack W.A., Long R.G., Hawkey C.J.: *Short- and long term outcome of patients treated with cyclosporine for severe acute ulcerative colitis*. Aliment Pharmacol Ther, 12(10):973-8, 1998.
- 29) Tersigni R., Alessandrini L., Bartoli S.: *La colite acuta severa e il megacolon tossico*. Martino A.: *Il chirurgo d'urgenza oggi*. G. De Nicola Editore, 281-291, 2000.
- 30) Truelove S.C.: *Medical management of ulcerative colitis and indications for colectomy*. World J Surg, 12:142-7, 1988.
- 31) Truelove S.C., Witts L.J.: *Cortisone ulcerative colitis. Preliminary report on a therapeutic trial*. Br J Med, 375-8, 1954.
- 32) Wenzl H.H., Petritsch W., Alchbichler B.W., Hinterleitner T.A., Fleischmann G., Krejs G.J.: *Short-term efficacy and long-term outcome of cyclosporine treatment in patients with severe ulcerative colitis*. Gastroenterol, 36(4): 287-93, 1998.

Autore corrispondente:

Prof. S. MINIELLO
Università degli Studi di Bari
Cattedra di Chirurgia d'Urgenza e di Pronto Soccorso
Policlinico, Piazzale Giulio Cesare
70124 BARI

