

Traccia della lezione di Me 9 aprile 2003

Il megacolon tossico

Il megacolon tossico è un'afezione secondaria a numerose malattie; si tratta di una affezione molto grave e può portare a morte il paziente rapidamente se non viene trattata con la massima urgenza ed in modo adeguato.

Definizione di megacolon

Che cos'è il megacolon? E' una dilatazione colica, generalmente associato ad ipertrofia della parete dell'intestino, allungamento del viscere e del meso.

Le forme primitive possono essere causate da alterazioni funzionali della motilità del viscere oppure nella forma congenita secondaria alla mancanza dei gangli nervosi dell'intestino (*malattia di Hirschsprung*).

Definizione di megacolon tossico

Quando il megacolon si può definire "tossico"? Nei momenti in cui vi sono specifiche alterazioni anatomico-patologiche che conseguono a un particolare percorso etiopatogenetico:

completa abolizione dell'attività neuromuscolare che determina massiva dilatazione del colon
sofferenza vascolare del colon e del mesentere: inizialmente ostruzione dei vasi venosi
all'interno del colon accumulo di liquidi con aumento della pressione endoluminale;
per aumento della pressione si ha ostruzione dei vasi arteriosi; alterazione della popolazione microbica normale
aumento dei batteri anaerobi
Il colon assume una colorazione verde-nerastra indicativa di gangrena e rottura imminente

Etiologia

L'eziologia del megacolon tossico è "secondaria": cioè si può definire come una grave complicanza di malattie talvolta non sempre gravi. Le principali sono:

Colite pseudomembranosa (da <i>Clostridium difficile</i>): raro
Rettocolite ulcerosa: nel 5-10% dei casi
Morbo di Crohn: raro
Colite ischemica
Malattia diverticolare complicata
Tumori del colon stenosanti
Sepsi, stati di shock, MOF, etc.

I farmaci possono essere causa di un megacolon tossico. Il danno iatrogeno può essere mediato, oltre che dagli antibiotici che provocano dismicrobismo intestinale e selezionano ceppi resistenti (colite pseudomembranosa da *Clostridium difficile*) soprattutto dagli antidiarroici che possono essere somministrati per la terapia di una colite ulcerosa, del m. di Crohn o di una banale gastroenterite magari virale. La conseguenza è un rallentamento/arresto della peristalsi, da riduzione/abolizione dell'attività neuromuscolare, con susseguente riassorbimento delle tossine endoluminali e precipitazione della filiera patogenetica descritta sopra.

Clinica e diagnostica

Quadro clinico: la sintomatologia può essere all'inizio molto sfumata, vi può essere un dolore addominale diffuso, sordo, continuo; di solito compare diarrea con scariche numerose (anche 10-15 /die). Con il persistere della malattia, l'alvo si chiude alle feci ed ai gas, il dolore si fa più intenso, compare febbre, tachicardia. Si ha ileo paralitico e di solito leucocitosi. Vi possono essere i segni dello shock (tachicardia, ipotensione, nausea, sudorazione profusa, stato confusionale). L'evoluzione è verso lo shock settico, la CID con un quadro di MOF. Si arriva infine all'**addome acuto** franco con segni di peritonismo. Incombe sempre il rischio di perforazione del viscere quando il diametro dell'organo si avvicina e supera i 10-12 cm.

Diagnostica strumentale

<i>Esami di laboratorio</i>	leucocitosi, emoconcentrazione, aumento della VES e degli indici di flogosi
<i>Rx addome in ortostasi</i>	distensione del colon con multipli livelli idroarei diametro del viscere < 12 cm - terapia medica se > 12 cm - urgenza chirurgica (decompressione)
<i>TC addome</i>	miglior definizione cause anatomiche e miglior definizione dimensionale
<i>Rx clisma</i>	rischio rottura con peritonite da bario (usare solo mdc allo iodio)

Va ricordato comunque che è molto importante per una diagnosi rapida e precisa indagare le pregresse affezioni e i farmaci assunti (es: antibiotici) (anamnesi accurata!!) ed un altrettanto attento esame obiettivo!

La terapia si basa su due cardini:

1 - Terapia non chirurgica: da prospettare ai pazienti con distensione modesta, senza segni di peritonismo o di shock e si basa sui seguenti principi:

correzione degli stati di ipoperfusione
idratazione e nutrizione parenterale
terapia antibiotica
decompressione intestinale con sng e sonda rettale a permanenza
farmaci che stimolano la peristalsi
non praticare clisteri evacuativi
non somministrare purganti lassativi

2 - Terapia chirurgica: da prospettare nei seguenti casi:

diametro del viscere > 12-13 cm (rischio rottura diastatica)
adinamia che non si giova del trattamento medico
peritonismo con o senza shock
segni di perforazione

Che tipo di intervento praticare?

La terapia è mirata alla rapida decompressione dell'intestino con resezione dei tratti che presentano una parete danneggiata e la cui tenuta non è più che certa e sicura.

La terapia chirurgica si basa sui seguenti principi:

decompressione immediata del viscere mediante confezione di colostomia (anche multiple)
resezione di tratto di colon la cui parete dimostra segni di sofferenza vascolare e confezione di colostomia
resezione totale del colon (pancolectomia, colectomia totale) con confezione di ileostomia (con o senza reservoir) da riservare ai pazienti giovani e in discrete condizioni cardiovascolari (mortalità 50%)
non confezionare anastomosi o suture sull'intestino perché cedono quasi sempre e ciò comporta la necessità di un rapido reintervento e ciò comporta una prognosi quasi certamente infausta considerando che si tratta di in un paziente già gravemente compromesso

Conclusioni

Il megacolon tossico è una affezione, dalla prognosi molto severa, che compare come complicanza di altre affezioni anche non particolarmente gravi. La terapia si basa sul supporto nutrizionale ed idroelettrolitico, ma può essere necessario in qualunque momento un intervento chirurgico in urgenza nel caso di una rottura diastatica del colon o di una dilatazione del viscere che supera i 10-12 cm.