33

F. Siracusa - R. M. Cigna - E. Agosta - M. Milazzo - E. De Grazia Università degli Studi di Palermo - Clinica Chirurgica Pediatrica (Direttore: Prof. F. Cata-

Gruppo editoriale

Archivio Siciliano di Medicina e Chirurgia 5

ISSN 0393-6392

ACTA PEDIATRICA MEDITERRANEA

ESTRATTO



VOLUME 2, N. 2

1986

UNA RARA COMPLICANZA DEL DIVERTICOLO INTRALUMINALE DEL DUODENO

F. Siracusa - R. M. Cigna - E. Agosta - M. Milazzo - E. De Grazia Università degli Studi di Palermo - Clinica Chirurgica Pediatrica (Direttore: *Prof. F. Cataliotti*)

[An infrequent complication of the intra-luminal diverticulum of the duodenum]

RIASSUNTO

Gli Autori riferiscono su di un caso di diverticolo endoluminale del duodeno caratterizzato da una complicanza di raro riscontro bibliografico: la calcolosi multipla endodiverticolare.

Pongono in risalto le difficoltà diagnostiche determinate anche da un quadro clinico molto sfumato e non caratterizzante ed evidenziano l'importanza della metodica endoscopica in ausilio alle indagini radiografiche tradizionali ed alla duodenografia ipotonica.

SUMMARY

The Autors report a case of intraluminal diverticulum of the duodenum complicated by endodiverticular litiasis.

Diagnostic and clinical findings are discussed; they suggest the importance of classic roentgenographic and of endoscopic procedures.

Il diverticolo intraluminale del duodeno è una affezione rara tra le malformazioni embrionarie, con appena 70 casi riportati in letteratura.

La prima descrizione di diverticolo endoduodenale risale al 1710 ad opera di Chornel, pur se si deve attendere il 1885 per avere una prima riesamina critica di tale affezione presentata da Sikook (7).

Una alterazione dei processi di vacuolizzazione destinati, dopo il 32º giorno di gestazione, a canalizzare il duodeno, è chiamata in causa nella patogenesi del diverticolo intraluminale, tramite la primitiva formazione di un diaframma provvisto di un piccolo orifizio e che man mano si trasforma in una vera e propria sacca diverticolare (Wind Sock degli Autori anglosassoni) (6-7).

A favore di tale ipotesi gioca la frequente associazione con altre malformazioni quali il pancreas anulare, il mesentere comune, le briglie di Ladd, l'atresia anale, etc. (2-5-7).

Il quadro clinico molto sfumato e caratterizzato da sintomi dispeptici, vago dolore epigastrico ed a volte vomito post-prandiale, dà spiegazione del perché la diagnosi sia appannaggio dell'età più avanzata o addirittura di quella adulta.

La diagnosi peraltro può essere facilitata dalla insorgenza di complicanze quali l'emorragia, l'ulcera sul diverticolo, con o meno associata una lesione ulcerosa duodenale, la pancreatite (7).

L'esame contrastografico dello stomaco e del duodeno permette di escludere altre possibili cause della sintomatologia e consente di evidenziare il diverticolo come immagine di opacità omogenea, ovoidale, allungata, sempre delimitata da un sottile cercine radiotrasparente, di forma variabile sui vari radiogrammi ma sempre situato nel duodeno, espressione radiografica della parete diverticolare.

Oltre questo, che è il quadro radiologico di più frequente riscontro, è possibile altre volte evidenziare la presenza di una immagine lacunare che evochi un polipo peduncolato, oppure una immagine non omogenea determinata dalla presenza di aria o di residui alimentari.

L'esame eseguito a piccolo riempimento consente talvolta di mettere in risalto anche la base di impianto del diverticolo, sempre situata in prossimità della papilla.

Un valido contributo diagnostico può essere dato dalla duodenografia ipotonica che ,tramite la abolizione dei movimenti peristaltici del duodeno, consente di « bloccare » sui vari radiogrammi la caratteristica immagine diverticolare (2, 4, 7).

L'esame endoscopico trova utile impiego, al di là della diagnosi di diverticolo, per precisare la sede della papilla ed i suoi rapporti con il bordo di inserzione del diverticolo.

Il quadro anatomopatologico è caratteristico: il diverticolo appare come un sacco a dito di guanto ad inserzione pressoché circolare sul duodeno ed in vicinanza della papilla, provvisto di un piccolo orifizio, chiamato in causa nella spiegazione del possibile lungo silenzio sintomatologico della affezione.

L'esame microscopico della parete evidenzia due strati di mucosa duodenale giustapposti, con uno strato di connettivo interposto, in assenza di tessuto muscolare ad esclusione di alcune isole di muscolaris-mucosae o di tessuto pancreatico.

La terapia chirurgica limitata, tramite una duodenotomia longitudinale, ad una attenta resezione del diverticolo con scrupolosa conservazione della papilla, consente una guarigione priva di complicanze.

Dopo quanto su esposto ci sembra opportuno presentare un caso di di-

verticolo endoluminale del duodeno caratterizzato da una complicanza di raro riscontro bibliografico, quale la calcolosi multipla endodiverticolare.

Caso clinico

T.G. di anni 11 da Palermo.

Alla anamnesi i primi disturbi del piccolo paziente risalgono all'età di 5 anni; dolore ai quadranti alti dell'addome, saltuario, crampiforme, vomito, turbe dell'alvo prevalentemente stitico.

Ricoverato in ambiente ospedaliero viene sottoposto ad intervento chirurgico di colecistectomia con diagnosi di empiema della colecisti. Per circa due anni gode di apparente benessere, con successiva ricomparsa della sintomatologia dolorosodispeptica associata ad un aumento dei valori della amilasemia.

Secondo ricovero, opportuna terapia medica con dimissione dopo ripristino

dei valori normali dell'amilasemia.

Dopo qualche tempo per il persistere della sintomatologia su descritta si rende necessario un successivo terzo ricovero durante il quale vengono refertati come negativi i reperti colangiografici e radiografici dell'apparato digerente. Negativa l'indagine esofagogastroduodenoscopica espletata sino alla prima porzione duodenale. Il piccolo viene dimesso con diagnosi di « gastrite » (sic!).

Successive indagini effettuate durante un altro ricovero (ecografia pancreatica ed epatica) non danno esiti diagnostici. All'esame radiografico del digerente si evidenzia una alterazione del profilo duodenale che viene interpretata come « compressione estrinseca pur in assenza di patologia pancreatica ecograficamente eviden-

ziabile ».

Per il persistere di un non chiaro orientamento diagnostico e per la presenza di elevati valori amilasemici associati alla sintomatologia dispeptico-dolorosa, il paziente viene infine, all'età di 11 anni, trasferito presso la nostra Clinica.

Al ricovero discrete le condizioni generali. Una attenta analisi retrospettiva del decorso della sintomatologia ed una accurata riesamina dei dati forniti dalle indagini strumentali sino ad allora praticate nonché il raffronto tra una immagine da calcolosi multipla, apparentemente in sede duodenale, evidenziata da una rx diretta addome (fig. 1), con il quadro da « compressione estrinseca » presente in un precedente esame contrastografico del duodeno (fig. 2), fa porre diagnosi di calcolosi multipla in sospetto diverticolo intraduodenale.

Con tale diagnosi il piccolo viene avviato all'intervento chirurgico: laparotomia xifo-ombelicale; visualizzazione del coledoco. Alla palpazione del duodeno si

apprezza una tumefazione intraduodenale contenente numerosi calcoli.

Dopo duodenotomia si evidenzia un diverticolo mucoso contenente le formazioni litiasiche apprezzate alla palpazione. Si esegue colangiografia p.o. (fig. 4) che mostra lo sbocco del coledoco « pervio », in corrispondenza del diverticolo stesso. Coledocotomia e sondaggio del coledoco con sonde di Bakes; apertura del diverticolo e rimozione di circa 40 calcoli colesterinici. Resezione del diverticolo con conservazione della papilla e sopraggitto a scopo emostatico. Papillotomia. Sutura del coledoco. Sutura del duodenotomia. Drenaggio sottoepatico di penrose.

Normale il decorso post-operatorio. Rimozione del drenaggio in IV giornata. Nei limiti della norma tutti i controlli ematochimici post-operatori. Il paziente

viene dimesso in XII giornata clinicamente guarito.

Negativi i controlli ambulatoriali effettuati a distanza di 1, 3 e 12 mesi dall'intervento.



Fig. 1 - Rx diretta addome. presenza di immagini da calcolosi sulla proiezione del duodeno.

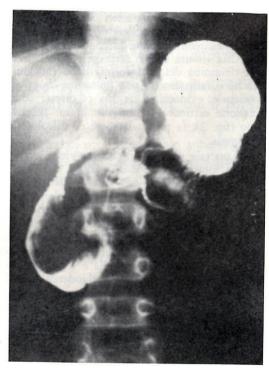


Fig. 2 - Rx stomaco e duodeno: indicazione nel testo.

Fig. 3 - Visualizzazione del diverticolo dopo duodenotomia.



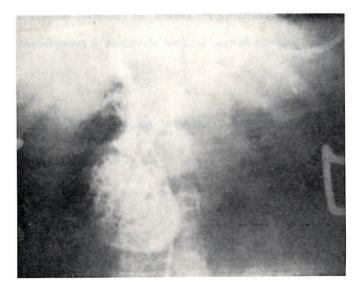


Fig. 4 - Colangiografia intraoperatoria: indicazione nel testo.

Conclusioni

Il diverticolo intraluminale del duodeno è una affezione rara. Nella patogenesi di tale affezione sembra intervenire una alterazione dei processi di vacuolizzazione, dopo la 32ª giornata di gestazione, con modificazione dei processi destinati a canalizzare il duodeno.

Frequenti altre malformazioni associate quali il pancreas anulare, il mesentere comune, ecc.

Di scarso ausilio il quadro clinico, per lo più molto sfumato, nella valutazione diagnostica della affezione che può divenire probante o in presenza di complicanze oppure, senza peraltro escludere l'importanza delle comuni indagini contrastografiche ed ecografiche, con l'apporto della duodenografia ipotonica e della metodica endoscopica.

Una adeguata terapia chirurgica volta alla semplice ma attenta resezione del diverticolo con scrupolosa conservazione della papilla, consente di ottenere ottimi risultati in assenza di complicanze.

Bibliografia

- Canaud N., Les diverticules vatérieus endoluminaux du duodénum. Thèse Médecine, Montpellier, Cars 1975.
- Carlioz H., Gubler J., Border J. Petit P., Occlusions par malformation duodénale et pancreatique. Ann. Chir. Inf., 1968, 9: 111.
- 3) Girvan D. P., Stephens C.A., Congenital intrinsic duodenal obstruction: a twenty-years review of its surgical management and consequences. J. Ped. Surg., 1974 9: 833.
- 4) Nance F. C., Intraluminal duodenal diverticula. Surg. Gynec. Obst., 1967, 112: 613.
- Rossella Pedro J., Congenital duodenal atresia associated with a separate duodenal diaphragm. J. Ped. Surg., 1978, 13: 441.
- Tasson P., Terrier G., Alain J. L., Diverticule intralimunal du duodénum. Chir. Ped., 1978, 19: 115.
- 8) Wesley J. R., Hassein Mahour, Congenital intrinsic duodenal obstruction: a twentyfive-years review. Surgery, 1977, 82: 5, 716.

Request reprints from:

Dr. F. SIRACUSA c/o Clinica Chirurgica Pediatrica - Ospedale E. Albanese -Via Papa Sergio I n. 5 - 90100 Palermo (Italy)