

Chirurgia del diverticolo ileale

D. Moszkowicz, D. Massalou, E.J. Voiglio

Il diverticolo di Meckel (DM) o “diverticolo ileale” nella nomenclatura anatomica internazionale è un residuo embrionale secondario all’obliterazione incompleta del dotto onfalomesenterico (dotto vitellino) alla settima settimana di gestazione. Si tratta dell’anomalia congenita del tubo digerente più frequente, la cui prevalenza è dell’1-2 % nella popolazione generale. La diagnosi è o fortuita, in occasione di un intervento chirurgico addominale, o legata a una complicanza acuta che può verificarsi nel 5 % dei casi (occlusione intestinale acuta, diverticolite e peritonite da perforazione del DM, emorragia digestiva), soprattutto se vi è una mucosa eterotopica intradiverticolare (60 % dei casi). La sua exeresi è preferibile per prevenire le complicanze acute legate al DM nei soggetti a rischio: l’uomo, prima dei 50 anni, se il DM è superiore a 2 cm di lunghezza e comprende dei tessuti anormali (mucosa eterotopica, coprolito, lesioni infiammatorie). Il metodo di elezione è la resezione segmentaria del tenue che asporta il DM con anastomosi ileoileale terminoterminale. Il rischio di degenerazione aumenta con l’età, ma rimane molto basso. Il tipo istologico di tumore più comunemente incontrato su un DM è il tumore carcinoide.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Diverticolo di Meckel; Diverticolo ileale; Emorragia digestiva; Occlusione intestinale acuta; Tumore carcinoide

Struttura dell’articolo

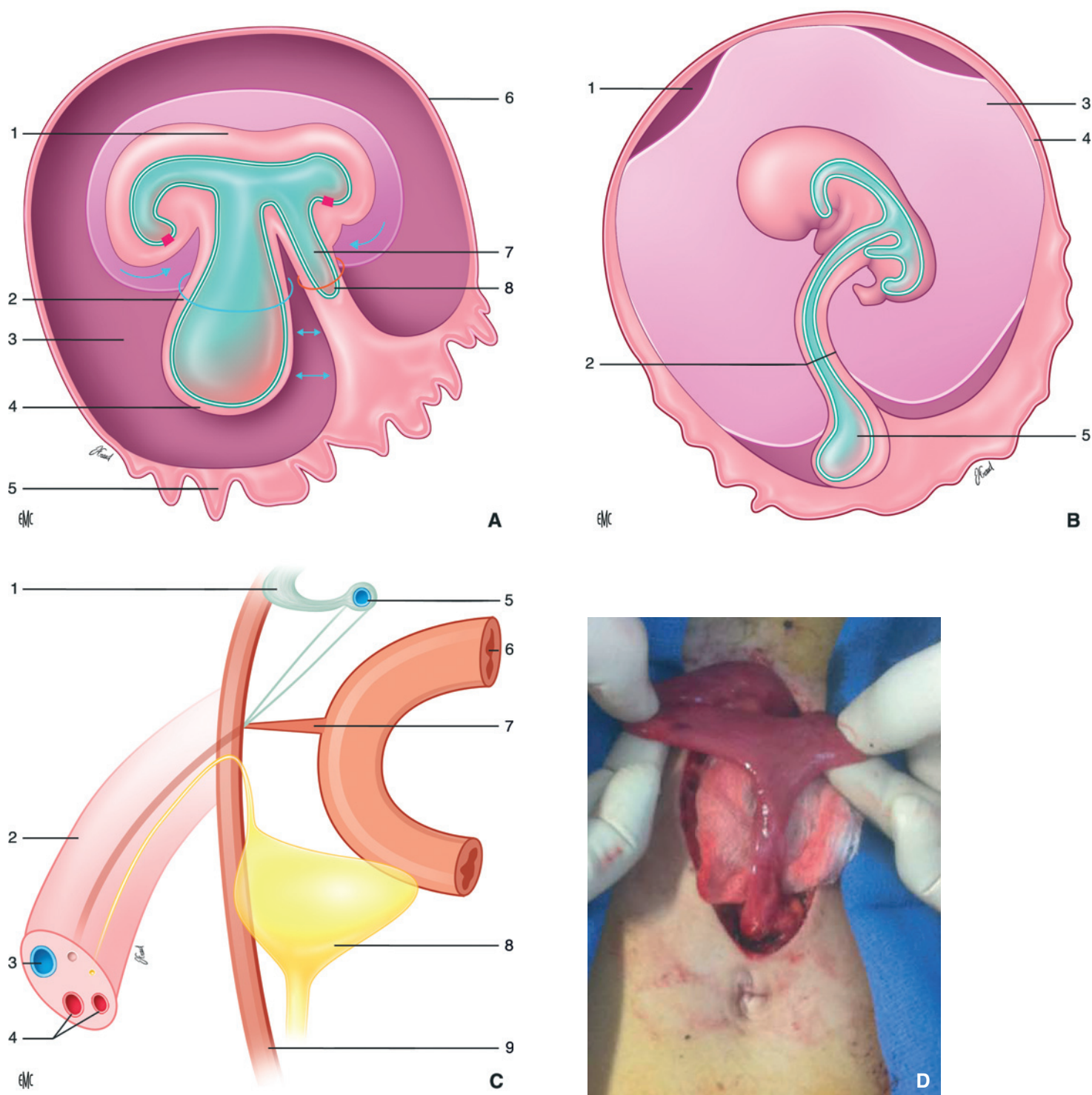
■ Introduzione	1
■ Punti importanti di embriologia e morfologia	1
■ Storia naturale	3
Complicanze acute potenziali e rischio di insorgenza	3
Argomenti contro la resezione profilattica del DM	3
Rischio di degenerazione della mucosa del DM	3
Razionale della diverticolectomia profilattica per rischio di degenerazione	4
■ Diagnosi paraclinica	4
Strumenti diagnostici	4
In pratica	4
■ Tecniche chirurgiche	4
Scelta della via d’accesso	4
Installazione del paziente	4
Ricerca del diverticolo di Meckel mediante laparoscopia per sindrome appendicolare con appendice sana	5
Resezione segmentaria del tenue asportando il DM-anastomosi	5
Exeresi incompleta del DM	7
Estrazione del pezzo operatorio	8
Postumi operatori	8
■ Conclusioni: strategia chirurgica pratica	9

■ Introduzione

Il diverticolo di Meckel (DM) è l’anomalia congenita più frequente del tratto gastrointestinale e la prevalenza, nella popolazione generale, è dell’1-2 %. In una revisione della letteratura recente, il DM era presente nell’1,23 % dei soggetti sottoposti ad autopsia ($n = 386/31\,499$)^[1]. È all’anatomista Meckel che si deve la prima descrizione embrionale e clinica precisa del DM nel 1809^[2]. La sua scoperta è, il più delle volte, fortuita durante un intervento chirurgico addominale^[1]. Tuttavia, il DM può provocare, nel 4-6 % dei casi, delle complicanze acute (sanguinamento, diverticolite, occlusione), osservate soprattutto nei bambini sotto i 4 anni^[3]. Può anche essere sede di anomalie istologiche (mucosa eterotopica, tumori)^[4]. Negli adulti, è discussa la necessità di un’exeresi preventiva di un DM asintomatico per prevenire le complicanze acute o la degenerazione^[1,4-8].

■ Punti importanti di embriologia e morfologia

Il cordone ombelicale si forma quando il peduncolo embrionale, il dotto vitellino e il celoma ombelicale sono riuniti dalla cavità amniotica in espansione tra la quarta e l’ottava settimana.

**Figura 1.**

A, B. Embriologia del cordone ombelicale. A. 1. Cavità amniotica; 2. peduncolo vitellino; 3. cavità corionica; 4. sacco vitellino; 5. e 6. villi coriali; 7. peduncolo embrionale; 8. allantoide. B. 1. Cavità corionica; 2. peduncolo vitellino; 3. cavità amniotica; 4. villi coriali; 5. sacco vitellino.

C. Anatomia del cordone ombelicale. 1. Peritoneo parietale anteriore; 2. cordone ombelicale; 3. vena ombelicale; 4. arterie ombelicali; 5. uraco (legamento ombelicale mediano); 6. intestino tenue; 7. dotto vitellino; 8. vescica; 9. parete addominale anteriore.

D. Aspetto macroscopico del diverticolo ileale.

Quando l'amnios entra in contatto con il corion, gli strati di mesoblasto extraembrionale che ricoprono le due membrane si fondono. Il cordone ombelicale comprende, allora, il peduncolo vitellino, con il dotto vitellino che riunisce l'intestino primitivo con il sacco vitellino e i vasi vitellini (vasi onfalomesenterici, due arterie e due vene), e il peduncolo embrionale con l'allantoide e i vasi ombelicali (due arterie e una vena) (Fig. 1). L'evoluzione sarà normalmente caratterizzata dall'allungamento di queste strutture e, quindi, dalla loro regressione: l'allantoide si oblitera per formare

l'uraco o legamento ombelicale mediano; il sacco ombelicale e il dotto vitellino regrediscono completamente. La regressione parziale del dotto vitellino porta alla persistenza del diverticolo ileale di Meckel (DM) [3].

La principale diagnosi differenziale del DM è la *duplicazione ileale*, ma, a differenza di questa, il DM:

- è un segmento del tenue e include tutti gli strati della parete intestinale;
- si trova sul bordo antimesenterico dell'ileo;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287314>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)