

G Chir Vol. 24 - n. 3 - pp. 65-68
Marzo 2003

casistica clinica

Addome acuto da invaginazione colo-colica: un caso di invaginazione da lipoma del colon

P.C. RASSU, P. BRONZINO, G. CASSINELLI, C. LA SPISA, A. CUNEO, F. PARTIPILO,
I. RUSCA, F. BOCCARDO, S. ZOPPI, M. CASACCIA

RIASSUNTO: Addome acuto da invaginazione colo-colica: un caso di invaginazione da lipoma del colon.

P.C. RASSU, P. BRONZINO, G. CASSINELLI, C. LA SPISA,
A. CUNEO, F. PARTIPILO, I. RUSCA, F. BOCCARDO,
S. ZOPPI, M. CASACCIA

Gli Autori presentano un caso di occlusione intestinale secondaria ad invaginazione colo-colica insorta su un lipoma del colon trasverso e, sulla scorta delle casistiche riportate in letteratura, espongono i procedimenti diagnostico-terapeutici adottati in urgenza.

SUMMARY: Acute abdomen from colo-colonic intussusception: a case of intestinal intussusception arising from a lipoma.

P.C. RASSU, P. BRONZINO, G. CASSINELLI, C. LA SPISA,
A. CUNEO, F. PARTIPILO, I. RUSCA, F. BOCCARDO,
S. ZOPPI, M. CASACCIA

The Authors report a case of intestinal occlusion due to a colo-colonic intussusception arising from a lipoma of transverse colon and, by a review of the cases in the Literature, they discuss diagnostic and therapeutic procedures in emergency.

KEY WORDS: Lipoma - Invaginazione intestinale.
Lipoma - Intussusception.

Premessa

L'autore che per primo descrisse un caso di lipoma del colon fu Bauer nel 1757; seguirono Haller e Robert, che contarono 330 casi dalla prima descrizione fino al 1964. Mayo raccolse 107 casi in un periodo di 27 anni di osservazione (1, 7) ed altri autori con descrizioni, confronti e strategie diagnostico-terapeutiche hanno inquadrato questo tipo di affezione. L'osservazione di un caso di invaginazione trasverso-colica da lipoma rappresenta per il giovane chirurgo una curiosità e quindi uno stimolo culturale e di ricerca in letteratura per confrontare le tecniche di diagnostica strumentale e le procedure terapeutiche. Grazie allo sviluppo tecnologico ed alla creazione di un archivio telematico (Medline), è possibile seguire con precisione l'avvicinarsi di casi analoghi come viene riportato da Franc-Law e Coll. (7).

Caso clinico

Donna, 68 anni, giunge all'osservazione in Pronto Soccorso lamentando una sintomatologia dolorosa addominale di tipo colico con chiusura dell'alvo alle feci ed ai gas da circa 24 ore. Viene posizionato un sondino naso-gastrico che permette di valutare un ristagno abbondante di materiale ileo-biliare.

In anamnesi non vengono riportati dati significativi.

L'esame obiettivo dell'addome mette in evidenza una distensione asimmetrica, prevalentemente a carico dei quadranti centro-destri, senza segni di contrattura muscolare e di peritonismo. La palpazione profonda consente di apprezzare una massa non pulsante e mobile.

Si sottopone quindi la paziente ad un esame Rx diretto dell'addome che dimostra un'importante distensione intestinale con grossolani livelli idro-aerei (Fig. 1). L'ecotomografia della massa palpabile eseguita in urgenza permette di porre diagnosi di invaginazione, dato il classico pattern, in sezione trasversa, costituito da un'immagine "a bersaglio" e da iniziale sofferenza vascolare delle anse coliche (Fig. 2).

Visto il quadro clinico di occlusione da verosimile invaginazione intestinale con sofferenza ischemica, si decide di sottoporre la paziente ad intervento chirurgico d'urgenza. Previa laparotomia mediana sovraombelico-pubica, si individua una notevole distensione colica con lungo tratto invaginato in corrispondenza dei quadranti di sinistra. Si procede con la riduzione del tratto colico fino alla delimitazione di una massa di consistenza teso-elastica precedentemente non descritta dall'esame strumentale. Durante le manovre riduttive si riconosce l'estensione del segmento interessato, che comprende le sezioni sinistre del colon fino al colon sigmoideo. La massa viene asportata con pochi centimetri di colon trasverso, ricostruito con anastomosi colo-colica latero-laterale

Università degli Studi di Genova
Dipartimento Di.S.C.A.T. (Dipartimento di Scienze Chirurgiche Specialistiche, Anestesiologia e Trapianti d'Organo)
Sezione di Clinica Chirurgica d'Urgenza
Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale
ad indirizzo Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso
(Direttore: Prof. M. Casaccia)



Fig. 1 - Radiografia diretta dell'addome in ortostasi: evidente quadro occlusivo con ampio livello idro-aereo.

con GIA 80. Prima della sintesi della breccia chirurgica, si appongono alcuni punti sierio-sierosi fra colon discendente e doccia parieto-colica.

Il decorso post-operatorio è stato regolare con ripresa della canalizzazione pronta ed efficace a partire dalla II giornata; la rimozione dei drenaggi è avvenuta in VII giornata.

La neoformazione inviata all'anatomo-patologo viene descritta come un lipoma ad elementi maturi di 7 x 6 cm, parzialmente capsulato, che comprime ed ulcera la mucosa sovrastante (Fig. 3).

Risultati

I lipomi del grosso intestino sono le neoplasie benigne più frequenti dopo i polipi adenomatosi (3) e la loro incidenza, secondo le casistiche autoptiche, varia dallo 0,035% al 4,4% di tutti i tumori benigni dell'intestino (1). I lipomi del colon possono essere singoli o multipli (20%) (5), sessili o peduncolati, sottosierosi (10%) (3), intramuscolari (8) o sottomucosi come, avviene nel 90% dei casi (1, 3). Si riscontrano prevalentemente nella V-VII decade di vita e con leggera preferenza del sesso femminile 1,5-2:1 (1, 3, 8).

Le dimensioni variano da pochi millimetri fino a diversi centimetri, come nel caso proposto da Alponat e Coll. dove la massa raggiungeva i 16 cm (1). Con l'aumentare dei diametri, il tumore comprime e ischemizza la mucosa sovrastante che viene



Fig. 2 - Ecotomografia addominale: sezione longitudinale e trasversale con caratteristico pattern "a bersaglio".



Fig. 3 - Reperto anatomico sezionato: lipoma del colon.

oltremodo danneggiata dal passaggio delle feci (3) e da transitori episodi di invaginazione (4, 7): compaiono allora piccole ulcerazioni superficiali che possono essere sede di sanguinamento cronico con conseguente anemia (7). In una percentuale variabile di pazienti stimata nel 20-30%, le lesioni della mucosa possono essere tali da erodere anche vasi arteriosi della sottomucosa con conseguente enterorragia (3, 7). Dagli studi anatomo-patologici e dalle revisioni delle casistiche è stato possibile mappare la sede di queste lesioni: 10-15% sono gastriche, 20-25% sono digiuno-ileali, 60-65% sono coliche (3). Di quest'ultime si stima una maggiore prevalenza nelle sezioni destre (cieco e colon ascendente) rispetto a trasverso e discendente-sigma (1, 3, 5, 8). Per quanto attiene alle caratteristiche macroscopiche dei lipomi, si è notato che nei segmenti colici destri prevalgono le forme sessili di dimensioni contenute, mentre in quelli di sinistra si rilevano forme peduncolate di maggior volume (3). Sono proprio i lipomi più grandi ad essere responsabili della varietà di presentazioni cliniche.

Di solito il lipoma del colon è asintomatico e viene scoperto accidentalmente nel corso di indagini strumentali eseguite per altre cause. In letteratura si è unanimi nel ritenere che il *cut-off* dimensionale per la comparsa dei sintomi sia un diametro superiore ai 2 cm (1, 5, 7, 8). La maggior parte dei pazienti lamenta vaghi dolori addominali, limitate crisi subocclusive conseguenti a transitorie invaginazioni, nausea, vomito, stipsi, sensazione di distensione addominale, diarrea e ripetuti episodi di rettorragia. Con queste espressioni vaghe ed aspecifiche il clinico imposta il suo iter decisionale, partendo da un presupposto diagnostico di malignità scortato anche dall'epidemiologia e dall'età di presentazione. La diagnostica strumentale comprende quindi: la radiografia diretta dell'addome, il clisma con doppio mezzo di contrasto, l'ecografia, la TC – o eventuale clisma-TC – e la pancoloscopia. Ed è proprio l'endoscopista che, in virtù degli accertamenti precedenti e della semeiotica endoscopica (3), arriva alla diagnosi di polipo o massa del colon. La biopsia confermerà o meno la natura della malattia.

Quello descritto è un "normale" iter diagnostico che passa attraverso diversi specialisti e si conclude con l'anatomo-patologo. Perché tutte queste procedure? La risposta è insita nel presupposto diagnostico, anche perché è frequente l'associazione fra lipomi e carcinoma del colon (1, 2, 3, 5) ed è difficile la diagnosi differenziale di una lesione colica.

In chirurgia d'urgenza il problema della diagnosi differenziale di una massa intestinale che causa un evento acuto è relativo, perché è essenziale *in primis* risolvere il sintomo. In seguito viene la diagnosi precisa ed il completamento terapeutico.

I pazienti adulti che giungono all'osservazione in Pronto Soccorso con un quadro di occlusione intestinale sono circa il 25% di tutti i ricoveri (6); tenuto conto della fisiopatologia dell'affezione, è prassi iniziare un protocollo diagnostico rapido e semplice costituito dalla clinica, dalla radiografia diretta dell'addome ed eventualmente della TC addominale.

Nel caso presentato la scelta diagnostica di base è stata guidata unicamente dai reperti clinico-obiettivi: la radiografia diretta dell'addome ha confermato il quadro occlusivo di tipo meccanico, l'ecografia ha invece chiarito in modo rapido la natura della massa palpabile, ha dimostrato una sofferenza vascolare delle anse impegnate nel processo e quindi ha posto la base

per un intervento chirurgico d'urgenza.

Durante l'atto operatorio è stato possibile confermare la diagnosi di invaginazione intestinale trasverso-discendente-sigmoidea e metterne in evidenza la causa.

La letteratura presa in considerazione permette di porre l'accento sulla rarità di tale affezione: primo perché le localizzazioni del colon trasverso sono esigue (13-16% di tutti i lipomi colici) (3), secondo perché la presentazione acuta con invaginazione rappresenta il 5% di tutte le occlusioni intestinali dell'adulto (2), terzo perché nel 50-60% dei casi la diagnosi di lipoma del colon viene fatta al tavolo operatorio in occasione di un evento acuto (3). Per contro è noto che i lipomi di diametro superiore a 2 cm sono la prima causa di invaginazione colica nell'adulto.

Conclusioni

Quello dell'intussuscezione è un capitolo tipico della chirurgia pediatrica ma, come accade nel 5% di tutte le occlusioni intestinali, può interessare anche gli adulti.

Frequente causa di invaginazione intestinale in un adulto è la presenza di una neoformazione sottomucosa della parete, in genere lipomatosa e con diametro superiore a 2 cm. I lipomi dell'apparato digerente si localizzano in prevalenza nelle sezioni destre del grosso intestino.

In urgenza la clinica e la diagnostica strumentale permettono di porre una diagnosi generica. Sono le condizioni del malato che consigliano l'approfondimento diagnostico o l'atto chirurgico d'urgenza.

Nel caso esposto la scelta diagnostica si è basata unicamente su due reperti obiettivi: 1) quadro di distensione addominale asimmetrica con notevole ristagno gastrico; 2) massa palpabile mobile e non pulsante. L'ecografia ha permesso di riconoscere l'evento intussuscettivo e la sofferenza vascolare delle anse impegnate, ma non è riuscita ad individuare il *primum movens*.

Con l'atto chirurgico, eseguito d'urgenza, si è riusciti a dimostrare l'esistenza di un grosso lipoma della parete del colon trasverso.

Bibliografia

1. Alponat A, Kok KY, Goh PM, Ngoi SS: Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: a case report. *Am Surg* 1996; 62:918-921.
2. Begos DG, Sandor A, Modlin IM: The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 173 : 88-94.
3. Cirino E, Cali V, Basile G, Muscari C, Caragliano P, Petino A: Invaginazione intestinale da lipoma del colon. *Minerva Chir* 1996; 51:717-23.

4. Creasy TS, Baker AR, Talbot IC, Veitch PS: Symptomatic submucosal lipoma of the large bowel. *Br J Surg* 1987; 74:984-6.
 5. Crozier F, Portier F, Wilshire P, Navarro-Biou A, Panuel M: Diagnostic par scanner d'une invagination colocolique sur lipome du côlon gauche. *Ann Chir* 2002;127:59.
 6. Di Carlo V, Androni B, Staudacher C: *Manuale di Chirurgia d'Urgenza e Terapia Intensiva Chirurgica*. Milano, Masson Ed., 1993.
 7. Franc-Law JM, Begin LR, Vasievsky CA, Gordon PH: The dramatic presentation of colonic lipomata: report of two cases and review of the literature. *Am Surg* 2001; 67:491-4.
 8. Zeebregts CJ, Geraedts AA, Blaauwgeers JL, Hoitsma HF: Intussusception of the sigmoid colon because of an intramucosal lipoma. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1995;38 : 891-2.
-