

## Diverticolosi: un problema serio?

I diverticoli sono piccole dilatazioni a forma di sacco (ernie), dal diametro variabile dai 3 mm ai 3 centimetri, che si formano nella parte terminale dell'intestino crasso (colon sigmoideo). Prevalentemente multipli e asintomatici, sono di raro riscontro nelle persone sotto i 40 anni e diventano sempre più frequenti con l'età, sino ad interessare 2/3 degli ultra70enni.

**Cause.** I diverticoli hanno una genesi complessa, non del tutto chiarita, che vede coinvolti diversi fattori: dieta, anomalie strutturali della parete intestinale, innervazione intestinale, ereditarietà. Principale responsabile dello sviluppo dei diverticoli viene ritenuto uno spasmo dello strato muscolare del colon che provoca la protrusione della mucosa nei punti di minore resistenza, in prossimità dell'ingresso di un'arteria. Non si conosce il movente delle contrazioni, che potrebbero derivare da una dieta povera di fibre (per far muovere feci poco voluminose lungo il colon sono necessarie vigorose contrazioni muscolari), da un aumento del tono muscolare conseguente ad una maggiore liberazione di serotonina e acetilcolina da parte delle fibre nervose eccitatorie o da una carente produzione di ossido nitrico. Per parte sua, la parete intestinale soggetta a tali contrazioni risulta meno elastica e più debole per la progressiva diminuzione di fibre di collagene legata all'invecchiamento.

**Sintomi e complicanze.** Molti scoprono di avere i diverticoli accidentalmente nel corso di indagini radiologiche o endoscopiche del colon effettuate per altri motivi (es. screening del cancro del colon-retto). Nell'80% dei casi, i diverticoli rimangono silenti per tutta la vita senza provocare sintomi (*diverticolosi*). Nel restante 20%, i diverticoli causano disturbi addominali come gonfiore, senso persistente di disagio nel quadrante addominale inferiore (prevalentemente a sinistra), con occasionali episodi di dolore acuto, a fitta, talora accompagnati da irregolarità dell'alvo (diarrea o stitichezza). Questa condizione viene definita *malattia diverticolare*. Nel 4% circa dei pazienti sintomatici, la ritenzione di feci solide provoca una infiammazione della parete del diverticolo (*diverticolite*) che può associarsi a perforazione del diverticolo stesso e a infezioni secondarie. Per lo più, si tratta di microperforazioni circoscritte che non determinano il passaggio di materiale fecale in altri organi, ma che possono portare alla formazione di *ascessi* sulla parete esterna del colon. In rare circostanze, il diverticolo si rompe e diffonde i batteri intestinali all'interno dell'addome causando infiammazione del peritoneo (*peritonite*), perforazione intraperitoneale e fistole. Dopo un primo episodio di diverticolite acuta, le recidive sono frequenti. Un evento che ha maggiori probabilità di verificarsi se i diverticoli sono infiammati, ma che può essere anche la prima manifestazione della diverticolite, è un sanguinamento senza dolore. Il sanguinamento deriva dalla erosione di un vaso (di solito l'arteria adiacente) provocata da feci dure depositate nel diverticolo. Nella maggior parte dei casi, il sanguinamento (visibile sotto forma di tracce ematiche nelle feci) è modesto e si arresta spontaneamente, ma se è molto abbondante può richiedere il ricovero in ospedale. L'assunzione cronica di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), in particolare di acido acetilsalicilico in profilassi cardiovascolare, aumenta il rischio di sanguinamento e di altre complicanze della malattia diverticolare (formazione di ascessi, peritonite, perforazioni).

**Trattamento.** Nelle persone con diverticoli scoperti casualmente e senza sintomi, non esistono ragioni che giustifichino l'uso di farmaci per prevenire sintomi o complicanze né la necessità di controlli periodici. L'unica raccomandazione che va fatta è quella di mangiare più fibre, bere molti liquidi e praticare una regolare attività fisica, tutte misure che in modo sinergico aumentano la motilità intestinale. Una dieta ricca di frutta e verdura, legumi e cereali integrali, ammorbidisce le feci e ne facilita il passaggio attraverso il colon, riducendo il rischio di un ristagno fecale, che potrebbe innescare un processo infiammatorio nell'area diverticolare.

La convinzione che sia opportuno evitare alimenti con semi nel timore che questi, impattando sulla superficie dei diverticoli, possano causare infiammazione o emorragia è priva di fondamento, anche se radicata nelle indicazioni di molti medici. I semi contenuti, ad esempio, in kiwi, uva, fragole, fichi d'india, melanzane, zucchine, pomodori, mais, popcorn, non sono affatto dannosi e possono invece avere un effetto protettivo. Le persone che non riescono ad aumentare l'introito giornaliero di fibre con l'alimentazione, devono integrare la dieta con lassativi di volume come *psillio* e *sterculia*. Questi prodotti, da assumere sempre con un bicchiere abbondante di acqua, a contatto coi liquidi intestinali si rigonfiano aumentando la massa fecale che stimola la peristalsi.

Quando i diverticoli provocano disturbi addominali, alla dieta ricca di fibre può essere associata la *rifaximina*, l'unico farmaco di documentata utilità. La rifaximina è un antibiotico non assorbibile che, all'azione antimicrobica limitata al lume intestinale, abbina un effetto eubiotico favorente la crescita di lattobacilli e bifidobatteri, specie batteriche considerate benefiche nell'intestino. Negli studi, la rifaximina è stata somministrata a cicli (400 mg 2 volte al giorno per 7 giorni al mese) e integrata con fibre vegetali (20 g/die o glucomannano 2-4 mg/die). Sia dopo 12 che 24 mesi, la rifaximina, insieme alle fibre, si è dimostrata più efficace delle sole fibre e del placebo nella attenuazione dei disturbi intestinali. Volendo tradurre i dati in termini pratici, si può dire che ogni tre pazienti che assumono rifaximina per 7 giorni al mese, uno ottiene un miglioramento dei sintomi. Un risultato non eclatante, ma accettabile. Nei pazienti responsivi, è bene comunque non prolungare il trattamento oltre i 2 anni per l'assenza di informazioni sulla efficacia a lungo termine e, soprattutto, per scongiurare il rischio di comparsa di resistenza batterica, che potrebbe rivelarsi dannosa per il paziente nel caso in cui dovesse verificarsi una complicanza infettiva. L'efficacia sintomatica della rifaximina porta a ritenere che nella insorgenza della malattia diverticolare possa essere coinvolto uno squilibrio della flora batterica intestinale, forse come concausa di infiammazione. In quest'ottica, i probiotici, grazie alla loro capacità di inibire i germi patogeni enterici e stimolare le difese immunologiche locali, potrebbero avere un ruolo terapeutico. Gli studi disponibili, tuttavia, sono limitati e di bassa qualità e non consentono una valutazione neppure preliminare. Gli antispastici (anticolinergici), per parte loro, non sono di alcun beneficio e possono avere effetti indesiderati.

La *diverticolite* è una evenienza acuta che si presenta con due elementi caratteristici, un dolore intenso e persistente nella fossa iliaca di sinistra e la febbre (segno di infezione), talora accompagnati da nausea e vomito. Se la situazione clinica non è particolarmente impegnativa, il paziente può essere trattato a casa con riposo, dieta liquida e antibiotici sistemici ad ampio spettro per via orale. Nei casi più gravi, laddove sussistano importanti malattie concomitanti e negli anziani trattati con corticosteroidi o altri farmaci immunosoppressori (che aumentano il rischio di perforazione e peritonite) è necessario il ricovero ospedaliero e la somministrazione di antibiotici per via endovenosa. Ad oggi, non esistono dati sull'efficacia della rifaximina nel trattamento della diverticolite acuta, né vi sono evidenze che l'uso di qualche farmaco, dagli antibiotici non assorbibili come la rifaximina e la neomicina agli antinfiammatori come la mesalazina, possa essere efficace nel prevenire la recidiva della diverticolite.

## A cura del dott. Mauro Miselli

### Bibliografia

1. Rezapour M et al. Diverticular disease: an update on pathogenesis and management. *Gut Liver* 2018; 12:125-132. 2. Strate LL et al. Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease. *JAMA* 2008; 300: 907-14. 3. Strate LL et al. Diverticular disease as a chronic illness evolving epidemiologic and clinical insights. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:1486-93. 4. Maconi G et al. Treatment of diverticular disease of the colon and prevention of acute diverticulitis: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2011; 54:1326-38. 5. Tursi A et al. Review article: the pathophysiology and medical management of diverticulosis and diverticular disease of the colon. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42:664-84. 6. Bianchi M et al. Meta-analysis: long-term therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 33:902-10. 7. Shahedi K et al. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11:1609-13. 8. Yuhara H et al. Aspirin and non-aspirin NSAIDs increase risk of colonic diverticular bleeding: a systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol* 2014; 49:992-1000. 9. Rifaximina e malattia diverticolare. Position paper della Società Italiana di Gastroenterologia (SIGE).