

BOALA DIVERTICULARĂ – O PROVOCARE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT**Simona Grad, Radu Farcas****Clinica Medicala II, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hatieganu”, Cluj Napoca, Romania**

Boala diverticulară a colonului este o cauză importantă de spitalizare și de costuri crescute ale îngrijirilor medicale, în țările occidentale și industrializate.

Diverticuloza este definită de prezența diverticulilor, care sunt proeminențe scacciforme ale mucoasei colonului prin slăbirea peretelui muscular.

Diverticuloza poate fi asimptomatică sau simptomatică. Boala diverticulară este definită ca diverticuloză semnificativă clinic și simptomatică ca urmare a diverticulitei sau complicațiilor acesteia (sângerării diverticulare, colită segmentară, abcese, perforații, stenoze) sau boala diverticulară simptomatică necomplicată.

Vârsta înaintată, sexul masculin, fumatul și indicele de masă corporală crescut au fost identificați ca factori de risc pentru diverticuloză. Carnea roșie și grăsimile, consumul de alcool și sedentarismul, nu par să contribuie la riscul de diverticuloză.

Pe baza rezultatelor anamnezei, a examinării fizice și a examinării CT abdominopelvine, pacienții cu diverticulită acută a colonului sunt triați pentru a primi tratament fie în spital, fie în ambulatoriu.

Pentru majoritatea pacienților care sunt selectați pentru managementul ambulatoriu al diverticulitei acute, ghidurile sugerează că nu este necesar tratamentul cu antibiotice. Clinicienii pot alege în mod rezonabil să utilizeze antibiotice în special la pacienții care au comorbidități medicale majore, sunt imunosupresați sau care prezintă semne de boli sistemice.

Pacienții sunt tratați inițial cu analgezice orale (de exemplu, acetaminofen, ibuprofen sau oxicodonă) și o dietă lichidă și sunt reevaluați clinic în două până la trei zile și apoi săptămânal până la rezolvarea completă a tuturor simptomelor. În zonele în care prevalența rezistenței *Escherichia coli* la fluorochinolone depășește 10%, amoxicilină-clavulanat sau trimetoprim sulfametoxazol plus metronidazol sunt agenții preferați.

Pentru pacienții internați, managementul diverticulitei acute se face cu antibiotice intravenoase cu acțiune împotriva bacilor gram-negative și anaerobe timp de – 10-14 zile (Cefazolin sau ceftriaxonă sau cefuroximă sau cefotaximă sau ciprofloxacina sau levofloxacină plus metronidazol).

În unele cazuri (infecții intraabdominale dobândite în comunitate cu risc ridicat) se vor administra Imipenem, meropenem, piperacilină tazobactam, ceftazidimă plus vancomicină.

Pacienții cu diverticulită complicată trebuie să fie supuși unor tratamente specifice complicațiilor lor (de exemplu, perforație, abces, obstrucție, fistulizare). Abcesele diverticulare ≥ 4 cm trebuie drenate percutan, dacă este posibil. Perforația sau obstrucția necesită intervenție chirurgicală. După tratamentul cu succes în ambulatoriu sau în spital al diverticulitei acute, pacienții sunt reevaluați în șase până la opt săptămâni. Cei care au simptome persistente pot avea diverticulită cronică și se recomandă evaluare chirurgicală. Cei care nu prezintă simptome trebuie evaluați colonoscopic pentru a exclude cancerul de colon, cu excepția cazului în care au fost efectuată colonoscopia în anul precedent.

DIVERTICULAR DISEASE - A DIAGNOSTIC AND TREATMENT CHALLENGE**Simona Grad, Radu Farcas****Second medical department , University of Medicine and Pharmacy „Iuliu Hatieganu”, Cluj Napoca, Romania**

Diverticular disease of the colon is an important cause of hospital admissions and a significant contributor to health care costs in Western and industrialized societies.

Diverticulosis is defined by the presence of diverticula, which are sac-like protrusions of the colonic mucosa through weak points in the muscular wall.

Diverticulosis may be asymptomatic or symptomatic. Diverticular disease is defined as clinically significant and symptomatic diverticulosis due to diverticulitis or its complications, diverticular bleeding, segmental colitis associated with diverticula, or symptomatic uncomplicated diverticular disease.

Older age, male sex, smoking, and elevated body mass index have been identified as risk factors for diverticulosis. Dietary red meat and fat, alcohol consumption, and physical inactivity also do not appear to contribute to the risk of diverticulosis.

Based upon findings on the history, physical examination, and abdominopelvic CT scan, patients with acute colonic diverticulitis are triaged to receive either inpatient or outpatient treatment.

For most patients who are appropriate for outpatient management of acute colonic diverticulitis, the guidelines suggest against antibiotic treatment. Clinicians may reasonably choose to use antibiotics in this setting, particularly in patients who have major medical comorbidities, have immunocompromising conditions, or show signs of systemic disturbance.

Patients are initially managed with pain control with oral analgesics (eg, acetaminophen, ibuprofen, or oxycodone) and a liquid diet and are reassessed clinically in two to three days and weekly thereafter until the complete resolution of all symptoms. In areas where the prevalence of *Escherichia coli* resistance to fluoroquinolones exceeds 10 percent, amoxicillin-clavulanate or trimethoprim-sulfamethoxazole plus metronidazole are the preferred agents.

For inpatients, the management of acute colonic diverticulitis is with intravenous antibiotics with activities against gram-negative rods and anaerobic organisms. – 10-14 days (Cefazolin or ceftriaxone or cefuroxime or cefotaxime or ciprofloxacin or levofloxacin plus metronidazole).

In some cases (high – risk community – acquired intraabdominal infections) Imipenem, meropenem, piperacillin tazobactam, ceftazidime plus vancomycin.

Patients with complicated diverticulitis must undergo treatments specific to their complications (eg, frank perforation, abscess, obstruction, fistulization). Diverticular abscesses ≥ 4 cm should be drained percutaneously if feasible. Frank perforation or obstruction requires surgery. After successful out- or inpatient treatment of acute diverticulitis, patients are reassessed in six to eight weeks. Those who have persistent symptoms may have chronic smoldering diverticulitis and are referred for surgical evaluation. Those who are symptom free should undergo colonoscopy to rule out colon cancer, unless performed in the previous year.