

LE EMORRAGIE DIGESTIVE:

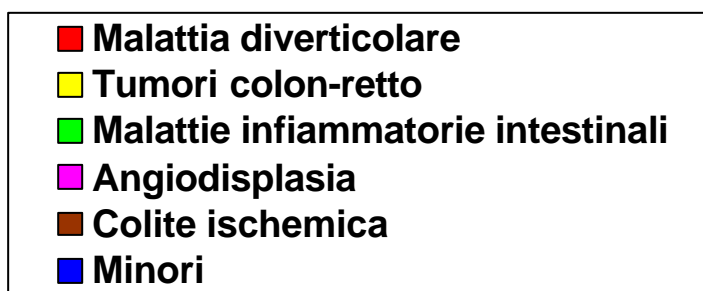
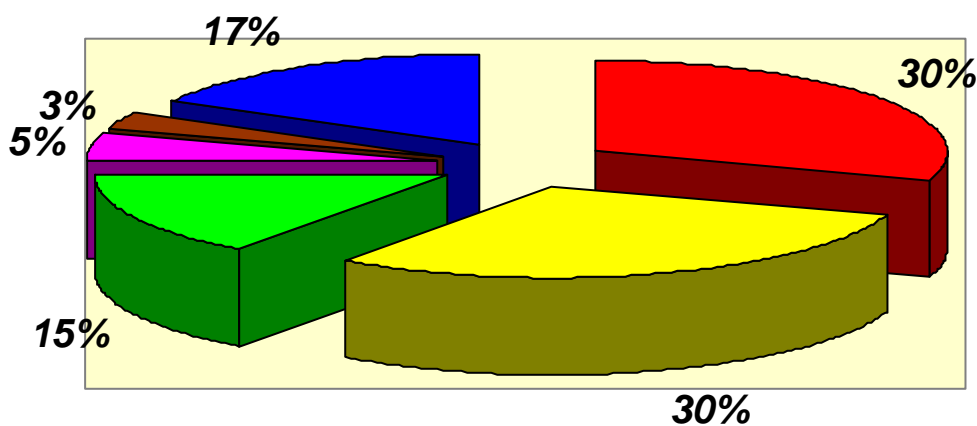
discussione di reparto e presentazione di un caso clinico

Premessa: nel 80% dei casi il decorso di un'emorragia gastrointestinale è benigno, con autolimitazione spontanea dell'episodio emorragico.

Emorragie digestive tratto inferiore:

- Malattia diverticolare: 30% (dal 70% al 90% dal colon dx)
- Tumori colo-rettale (benigni e maligni): 30%
- Rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn: 15%
- Angiodisplasia: 5%
- Colite ischemica: 3%
- Minori: lesioni ano-rettali (emorroidi, ragadi, proctiti, traumi rettali, fistole), tumori del tenue, diverticolo di Meckel, coliti batteriche (es: E.coli enteroemorragico,...) e parassitarie, diatesi emorragiche per emopatie - terapia anticoagulante, emorragie post-operatorie, rottura aneurisma aortico o di innesto vascolare nel tubo digestivo, emobilia, invaginazione intestinale, volvolo intestinale, poliposi intestinale ereditaria.

Emorragie digestive tratto inferiore



Emorragie digestive tratto superiore:

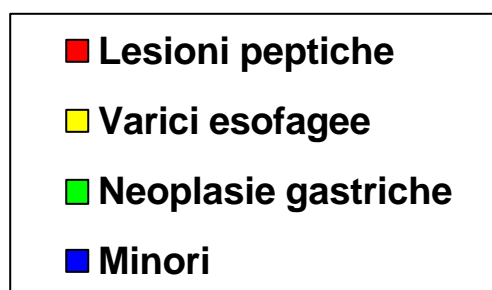
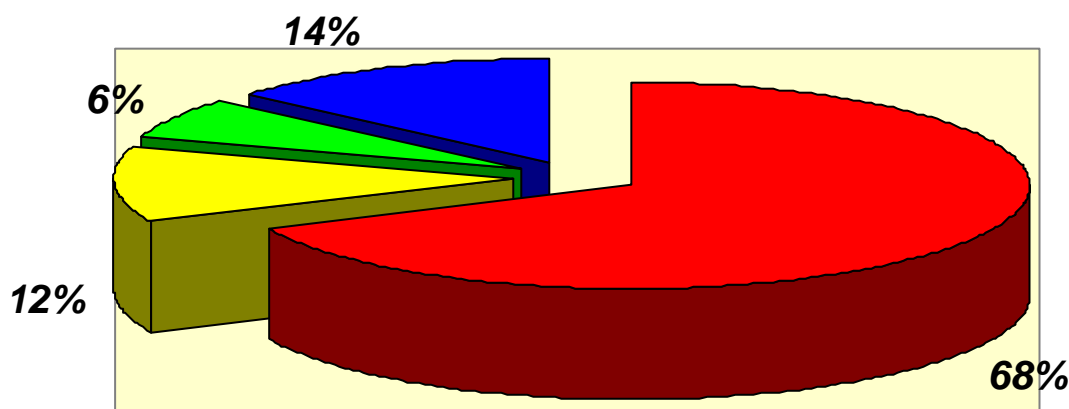
Incidenza variabile 100-150 casi/100000 abitanti/anno.

Nel nostro paese 50000 soggetti ogni anno sono ricoverati con circa 5000 decessi.

- Lesioni peptiche: 75% (ulcera duodenale 47%, gastrica 37%, gastriti erosive 11%, ulcera anastomotica 7,5%) [Ulcera peptica perforata: ematemesi è rara. Sanguinamento massivo se erosione dell'arteria gastro-duodenale];
- Varici esofagee: 13%;
- Neoplasie gastriche: 7%;
- Minori: ferite-tumori bucco-faringei, esofagite, carcinoma esofageo, rottura esofagea (malattia di Boerhaave), pancreatopatie, diatesi emorragiche, rottura aneurisma aortico o di innesto vascolare nel tubo digestivo.

N.B.: in uno studio prospettivo di medici francesi pubblicato sull' Eur J Gastroenterol Hepatol di febbraio 2000, su 2133 pazienti affetti da emorragia acuta gastrointestinale superiore, il **31,7%** (667 pazienti) aveva assunto nei 7 giorni precedenti il sanguinamento FANS o corticosteroidi!!!

Emorragie digestive tratto superiore



CAUSE EMORRAGIE DIGESTIVE PER ETÀ (ordine di frequenza):

NEONATI / BAMBINI (0-12 anni):

- Diverticolo di Meckel (l'emorragia è la presentazione sintomatica più comune nei bambini < 2 anni)
- Polipi
- Colite ulcerosa
- Duplicazioni intestinali
- Invaginazioni intestinali (maggiore incidenza (80%) nei primi 24 mesi di vita)
- Emangiomi intestinali

GIOVANI (12-30 anni):

- Diverticolo di Meckel
- Colite ulcerosa – M. Crohn
- Polipi

ADULTI < 60 anni

- Polipi
- Neoplasie
- Malattia diverticolare
- Angiodisplasia

ADULTI > 60 anni

- Malattia diverticolare
- Neoplasie
- Polipi

Table

Adverse Prognostic Factors in UGI Hemorrhage

1. Age (>60 yo)
2. Presence of Comorbid Diseases to include Chronic lung disease, Cardiac disease, Chronic liver disease, Chronic renal disease
3. Vital signs Upon Presentation
Systolic BP < 100, pulse > 100
4. Stool Color Red or Maroon
Implies rapid blood loss of 2-3 units or more
5. Transfusion Requirements
Greater than 3 units for stabilization or continued requirement after 24 hours
6. **Special Note:**

If

- Systolic BP < 100
- Pulse > 100
- Stool color red or maroon

Then

- Mortality > 20 percent
- Operative Intervention required > 50 percent of cases

Una invaginazione intestinale fuori età:

Il caso

Bambina di 3 anni:

Tre gg fa, dolore addominale con svogliatezza e sonnolenza. I dolori sono "a crisi", anche notturni, con intervalli liberi di 1-2 ore. Non scariche diarroiche.

Due giorni fa, supposta di glicerina: feci rosse, poi color prugna, con odore di sangue. *Oggi*, dopo emissione d'aria, scarica spontaneamente con poco sangue, rosso. Arriva in pronto soccorso.

L'addome è non dolente, trattabile, senza masse; la piccola è però inspiegabilmente sonnolenta, come astratta dalla realtà. Una supposta è seguita dall'emissione di abbondanti feci rosso scure.

Il pronto soccorso decide che si tratta, probabilmente, di un caso chirurgico (*invaginazione*), che merita il trasferimento e gli accertamenti relativi in sede specialistica e trasferisce la bambina.

L'ipotesi di invaginazione viene considerata la più urgente e la più probabile, anche se l'invaginazione spontanea ileo-colica classica riguarda, di norma, il bambino sotto l'anno (picco di incidenza 4-7 mesi). Altre cause di enterorragia "bassa"(anzi "intermedia") da tenere in considerazione sono il diverticolo di Meckel (causa possibile di invaginazione e in ogni caso di enterorragia), il polipo giovanile, la malattia infiammatoria cronica del colon e, improbabile, il tumore intestinale (linfoma). Questo, a sua volta dà l'enterorragia attraverso il meccanismo della invaginazione intestinale.

La decisione presa circa gli accertamenti è quella di fare una radiografia in bianco per escludere un'occlusione (clinicamente negata) e un'ecografia con clisma d'acqua, che unisce il vantaggio del clisma (valutazione del lume) a quella della ecografia (studio della parete).

Il quadro ecografico non chiarisce i dubbi: non c'è l'invaginazione, non si riconosce la presenza di una massa; c'è invece un ispessimento della parete intestinale in tutte le anse ileali esplorabili.

Gli esami generali dicono poco: VES 13, PCR 3mg%ml, Hb11,6, GB10.860, N80%, PI 256.000. Urine negative.

Le nostre ipotesi si spostano sull'enterocolite: da EHEC (Entero-Hemorragic *E.coli*), da *Clostridium* difficile (enterocolite pseudomembranosa), da *Yersinia*. Si mette in atto sia una coprocultura mirata sia la ricerca della tossina del *C. difficile*. Si mette in atto una terapia contro quest'ultimo agente patogeno (Vancomicina per os 200x4+ Ciprofloxacina 80 mgx2) e si inizia una nutrizione parenterale con via centrale.

Purtroppo il giorno dopo ricompare la sintomatologia iniziale: alvo chiuso, anche ai gas, coliche, sonnolenza, sangue alla applicazione di una supposta. Stavolta la ecografia documenta una lunga invaginazione ileo-ileo-colica, che il clisma permette di svaginare solo in parte, con uno stop e un aspetto a fisarmonica della parte terminale dell'evaginato a livello dell'ileo distale (**Fig 1**):



Si decide per l'intervento: ma ad addome aperto non c'è traccia dell'invaginazione; l'ansa ileale, fino a 5 cm sopra la valvola appare ispessita, con suffusione emorragica superficiale e con adenomesenterite satellite.

Post-operatorio OK; nutrizione parenterale; alvo libero ai gas, addome indolente. L'ecografia non mostra più l'ispessimento della parete.

L'interpretazione dei fatti non va oltre quella di una invaginazione idiopatica, svaginata una prima volta spontaneamente, prima del punto 1, riprodottasi tra 1 e 2, parzialmente svaginata col clisma e poi compiutamente da sola, in cui l'edema di parete e la suffusione emorragica dell'ansa terminale fossero stati gli esiti dell'invaginazione avvenuta, recidivata, e risolta.

Ma la storia non finisce qui.

Dopo 3 giorni ripresa dei dolori addominali, rifiuto ad ogni tentativo di alimentazione orale, ripresa della sonnolenza. Comparsa di dolori agli arti. Non ci sono segni di occlusione, ma l'ecografia documenta la ricomparsa dell'ispessimento della parete ileale.

L'indomani, a 8 gg di distanza dall'intervento, compare un'orticaria al tronco, alle gambe, alle braccia, con edema alle caviglie; il giorno dopo, suffusioni emorragiche agli arti inferiori; e il giorno successivo, ancora, massiva enterorragia. Il quadro, forse con una eccessiva componente istaminica (l'orticaria), peraltro compresa nella sindrome, specialmente quando è colpito, come nel nostro caso, un bambino piccolo, è quello della **porpora di Schoenlein-Henoch**. I dolori addominali, la flogosi addominale ricorrente (vasculite), anche l'enterorragia trovano piena spiegazione, anzi illustrazione.

Gli esami di laboratorio mettono in evidenza: Hb 9,8 g%ml; GB 13.700, N 11.200. Pl 450.000. Proteine totali 4,4g%ml (A 53%, alfa1 8% alfa2 17%, beta 12,5%, gamma 9,1%) IgA163mg%ml, IgM149mg%ml, IgG 336; VES 36, CRP3,5mg%ml; ANCA assenti ; C3: 63mg%ml, C4:5mg%ml. Esame urine negativo.

Ma l'ecografia (e anche la TAC) ci danno un'altra sorpresa. Nel colon ascendente, in prossimità della valvola, si osserva una massa tondeggiante di circa 2 cm di diametro. (**Fig.2**)



Noi abbiamo aperto; abbiamo trovato un ispessimento della valvola ileo-cecale; non polipi né malignità ma infiltrazione eosinofila e un quadro di vasculite leucocitoclasica. La piccola viene messa in trattamento steroideo. La sintomatologia si risolve e si conclude.

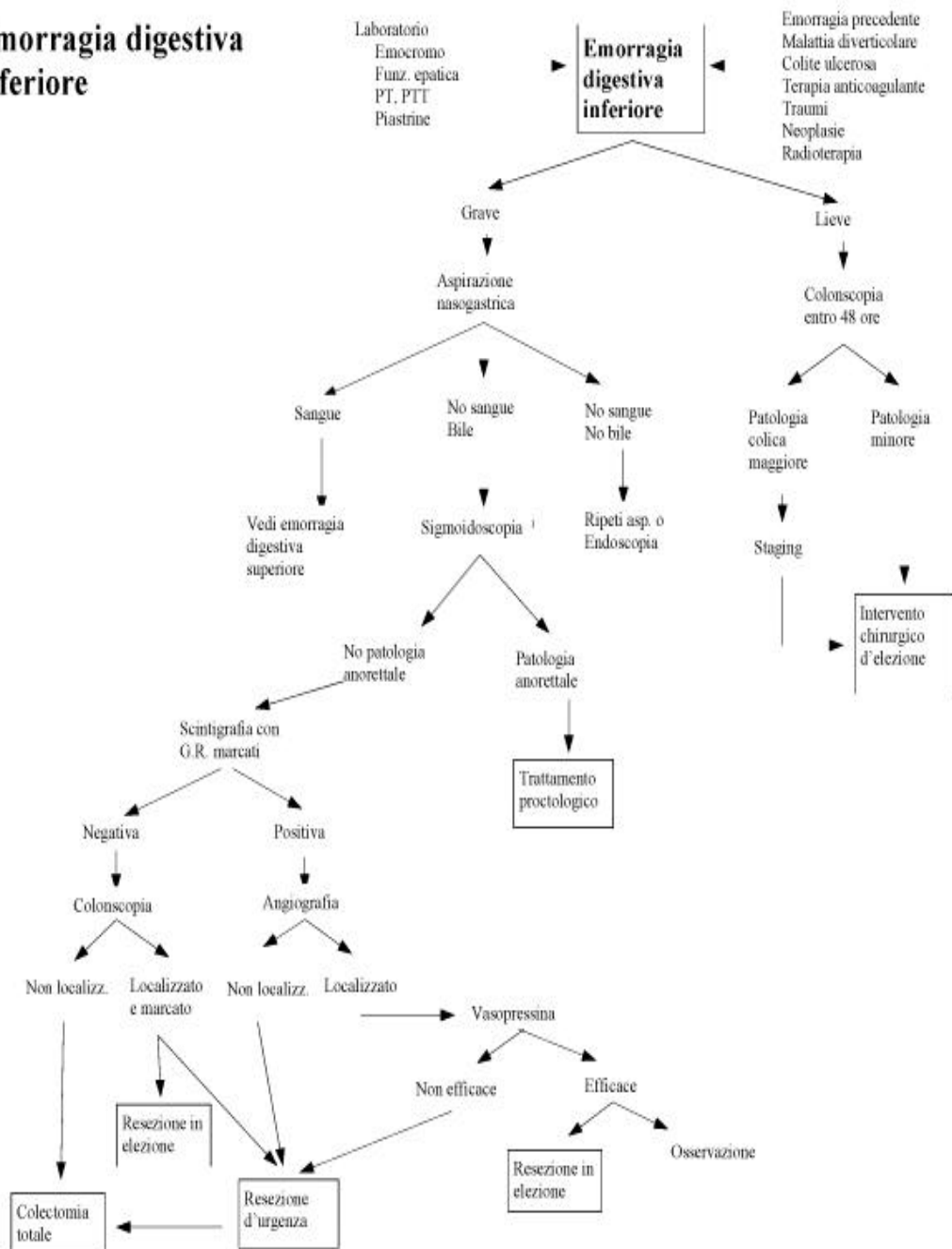
Conclusioni

E' stato certamente un caso molto sofferto di porpora addominale, in cui, come può succedere, l'interessamento mucosale dell'intestino ha preceduto quello cutaneo e quello articolare, e in cui non c'è stato un interessamento renale. L'invaginazione non è stata secondaria a un ematoma intraparietale, come in qualche caso è stato descritto, e come veniva supposto in passato essere piuttosto la regola che l'eccezione, ma alla vasculite della parete, che si è espressa come ispessimento ileale, e che, al terzo episodio, è apparsa infiltrare la mucosa della valvola, simulando un polipo o un tumore. La storia infinita, e il pensiero del linfoma intestinale, la causa meno rara di invaginazione, ci ha indotto a andare a vedere un'altra volta, piuttosto che fare una terapia steroidea come , in fondo, sarebbe stato ragionevole e come avremmo fatto senza la fin troppo buona definizione della TAC e della Ecografia, che , in questo caso, ci hanno fatto vedere quello che una volta non avremmo visto.

I dati di laboratorio iniziali documentavano (PCR) una modesta situazione flogistica, che poteva adattarsi all'ipotesi di enterite (e di invaginazione secondaria). I dati successivi documentano: 1) una anemia, da perdite, associata a 2) una ipoproteinemia (da perdite). 3) Quest'ultima sembra interessare quasi soltanto albumina e IgG, mentre le alfa e le beta globuline, come le IgA sono aumentate come segno di flogosi. 4) Altri segni di flogosi sono la VES, la PCR, la neutrofilia e la piastrinosi; 5) Interessante il deficit di C4, inusuale nella porpora di S.H, segno di consumo di complemento per la via alterna, e più in generale di malattia da immunocomplessi.

Flow chart nella diagnostica delle emorragie digestive

Emorragia digestiva inferiore



¹ Una anoscopia o, meglio, una sigmoidoscopia sono sufficienti ad escludere problemi legati all'ano (emorroidi, ragadi) o al retto basso.
² Il metodo migliore per valutare l'entità del sanguinamento e quindi se vi

è indicazione all'angiografia, è la scintigrafia con Globuli rossi marcati. E' positiva nell'80% dei casi con sanguinamento di 0,5 ml/min. Il minimo di sensibilità è 0,05-0,10 ml/min