

Traccia della lezione di Ma 8 e Me 9 aprile 2003

Le emorragie digestive

Epidemiologia

La patologia è molto frequente; secondo ultimi dati statistici in Italia l'incidenza è di 100-150 casi su 100.000 abitanti / anno. Questo vuol dire che a Genova ogni anno vi sono 700-1000 casi. Ogni anno per emorragia vengono ricoverati 50.000 soggetti/anno con 5000 decessi.

Non vi sono predominanze di sesso; vi è invece un aumento direttamente proporzionale nell'incidenza correlato all'età.

Va ricordato che nello 80% dei casi il decorso dell'emorragia gastrointestinale è benigno con autolimitazione spontanea dell'episodio. Se però siamo di fronte ad un secondo episodio di emorragia, è molto più difficile che vi sia un'autolimitazione ed aumentano il numero delle recidive.

Classificazione per sede

L'angolo del *Treitz* è il confine anatomico che differenzia le emorragie del primo tratto (dal faringe al duodeno) da quelle del tratto intermedio-distale (dal digiuno al retto).

Eziologia e patogenesi

Si riportano in tabella le cause più frequenti di emorragia del tratto digerente divise per sede ed età

Emorragie del primo tratto	
Cause frequenti (95% del totale)	varici esofagee 20%
	ulcera peptica (gastrica 20% - duodenale 30%)
	gastrite - duodenite (idiopatica, da stress, da farmaci erosiva 20%)
	sindrome di Mallory-Weiss 5%
Cause meno frequenti (5% del totale)	tumori orofaringei
	tumori esofago
	diverticoli esofago
	ernia iatale
	sindrome di Boerhaave
	tumori gastrici benigni e maligni
	ulcera anastomotica (su gastro-digiuno-stomia)
	emobilia
	pancreatite
	fistola aorto-duodenale su aneurisma
	tumori duodenali e della papilla di Vater
	diverticoli duodenali
emocoagulopatie (leucemia, piastrinopenia, emofilia, etc)	
terapia anticoagulante	

Emorragie del tratto distale	
Cause frequenti	diverticolosi del colon (30% dal 70 al 90% dal colon Dx)
	tumori del colon-retto (benigni e maligni 30%)
	morbo di Crohn / rettocolite ulcerosa (15%)
	angiodisplasia (5%)
	infarto mesenterico /colite ischemica (3%)
	enteriti gravi (infettive, attiniche, da chemioterapici)
	lesioni ano-rettali (emorroidi, ragadi, fistole, proctiti, traumi)
Cause meno frequenti	tumori del tenue
	diverticolo di Meckel
	ulcere peptiche del tenue (S. di Zollinger-Ellison)
	invaginazione intestinale
	volvolo
	colite (ischemica, infettiva, attinica)
	ulcera solitaria del retto
	lesioni della mucosa del retto da corpi estranei
	anticoagulanti - emopatie (leucemia, piastrinopenia, emofilia)
DIC	

Va sempre tenuto ben presente che per le emorragie del digerente, in particolar modo per quelle del tratto distale come ad esempio per le lesioni ano-rettali, trovare una causa di emorragia sanguinante (es: emorroidi) non esclude la presenza di un'altra causa a monte!!! (es: neoformazione del colon).

Classificazione per età del paziente delle emorragie distali:

neonati / bambini (0-12 anni)	diverticolo di Meckel (l'emorragia è la presentazione sintomatica più comune nei bambini < 2 anni)
	polipi
	colite ulcerosa
	uplicazioni 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

N.B.: nella classificazione non vengono considerate le affezioni ano-rettali che pur molto frequenti, non provocano altrettanto così frequentemente emorragie con entità del sanguinamento importante.

Indici di gravità:

Tutte le emorragie digestive sono estremamente gravi perché possono mettere a repentaglio la vita del paziente.

Va tenuto sempre a mente che possono essere segno/sintomo di una grave affezione anche neoplastica! Nel dubbio conveniente eseguire sempre ulteriori accertamenti!

Si definisce emorragia digestiva a *bassa portata* quando è possibile mantenere la stabilità emodinamica. Si definisce emorragia digestiva ad *alta portata* quando il mantenimento della stabilità emodinamica è impossibile.

Si distinguono le seguenti condizioni:

<i>non critica</i>	emodinamica spontaneamente stabile oppure è possibile mantenere la stabilità emodinamica con soluzioni cristalloidali o con derivati ematici (concentrati di emazie, plasma), il paziente una volta stabilizzato rimane stabile per 48-72 ore - concentrazione emoglobina stabile nel tempo
<i>critica</i>	sono necessari alti volumi di liquidi (>1500 ml/die) o trasfusioni di emazie (> di 4 unità/die)
<i>altamente critica</i>	con le misure precedenti non è possibile mantenere la stabilità emodinamica

Si riporta di seguito una tabella che definisce gli indici di gravità

1	età > 60 anni
2	presenza di affezioni concomitanti (malattie polmonari, cardiache, epatiche, renali)
3	presenza di segni vitali al momento del ricovero (pressione < 100 mmHg, frequenza cardiaca > 100)
4	colore delle feci (entità del sanguinamento)
5	necessità di trasfusioni (> 3 unità per ottenere la stabilità emodinamica o per mantenere stabile l'emoglobina nelle 24 ore)

Da questa tabella risulta che se la pressione è inferiore a 100 mmHg, la frequenza cardiaca è >100 ed è presente una emorragia ad alta portata. In questi casi la mortalità è maggiore del 20% e un intervento chirurgico può essere necessario in più del 50% dei casi.

Emorragie acute

Sono estremamente gravi perché mettono a repentaglio la vita del paziente; è necessario una RAPIDA identificazione della sede; altrettanto RAPIDA deve essere la terapia medica e/o chirurgica.

Emorragie croniche

Anch'esse possono essere *altrettanto estremamente gravi*: bisogna indagare la natura perché possono preludere a sanguinamenti massivi oppure possono essere sintomo e spia di gravi affezioni.

La diagnostica

La diagnostica delle emorragie digestive è volta a identificare nel più breve tempo possibile l'entità del sanguinamento, la sede e la causa. Detto in questo modo può apparire estremamente semplice, come se tutto fosse dipendente solo da una adeguata organizzazione dei servizi di diagnostica che ruotano intorno al reparto di emergenza, ma in realtà esistono dei limiti intrinseci ai sistemi diagnostici che talvolta non consentono di raggiungere gli obiettivi indicati nel primo paragrafo.

Valutazione dell'entità del sanguinamento

È il parametro che si misura con maggior difficoltà. Non ha nessuna relazione, se non molto blanda e indiretta, con la quantità di sangue emesso con l'ematemesi o con la melena. L'entità del sanguinamento viene realmente apprezzata solo dopo alcuni giorni dall'inizio dell'emorragia quando si può costruire una curva temporale dei valori dell'emoglobina mantenendo il paziente in condizioni di stabilità emodinamica. Ne consegue che i costi, in termini di volume delle soluzioni cristalloidali e concentrati di emazie, per raggiungere l'obiettivo prioritario di mantenere la stabilità emodinamica sono un indice indiretto dell'entità del sanguinamento. In altre parole la registrazione scrupolosa dei volumi infusi per via venosa per mantenere la stabilità emodinamica e la curva temporale della concentrazione di emoglobina sono l'unico parametro che può indicare indirettamente l'entità del sanguinamento.

In particolare si prende come indice di riferimento, per stimare l'emorragia come grave, la necessità di infondere alti volumi di liquidi (>1500 ml/die) o trasfusioni di emazie (> di 4 unità /die) al fine di mantenere la stabilità emodinamica e la stabilità della concentrazione di emoglobina.

In base a questi parametri vengono costruiti degli indici di gravità dell'emorragia digestiva che hanno due fini: 1 - indirizzare il tipo di terapia (medica vs. chirurgica d'urgenza), 2 - stabilire da prognosi.

Ricerca della sede del sanguinamento

Apparentemente dovrebbe essere facile riconoscere la causa del sanguinamento, ma sono in agguato due generi di difficoltà a seconda del tipo di mezzo diagnostico impiegato:

per gli esami endoscopici:

1 – difficoltà tecniche connesse all'entità del sanguinamento. Un sanguinamento eccessivo imbratta la lente frontale dello strumento e impedisce di ottenere un risultato dall'esame.

2 – una lesione può non essere evidenziata (nel 20% delle endoscopie del tratto esofago-gastro-duodenale)

per gli esami radiologici (angiografia):

1 – un sanguinamento a con portata inferiore a un valore soglia (<0,5 ml/min) non consente una visualizzazione certa.

2 – il sanguinamento deve essere in atto proprio al momento dell'esame.

Per la diagnostica scintigrafica valgono gli stessi concetti evidenziati per gli esami radiologici con la differenza del valore soglia che sembra essere più basso (0,1 ml/min) sia che si utilizzino emazie marcate con Tc sia che si utilizzi solfuro colloidale.

Sia la diagnostica angiografica sia quella scintigrafica si prestano allo studio dell'intestino tenue che non è valutabile con altro mezzo. In particolare non è studiabile con le metodiche endoscopiche convenzionali.

La relazione tra la qualità del materiale ematico emesso (colore, consistenza, quantità) e la sede del sanguinamento può essere molto labile.

Si possono riconoscere le seguenti possibilità

caratteristiche	sede	entità dell'emorragia
ematemesi senza melena	lascia supporre che la sede dell'emorragia sia prossimale al Treitz	indica una emorragia cospicua (>1000 ml) in breve lasso di tempo
ematemesi imponente colore rosso vivo seguita a distanza dalla melena	emorragia esofagea o gastro-duodenale incremento della peristalsi sangue parzialmente digerito (dal rosso scuro al piceo)	alta portata con precoce comparsa del vomito prima che il sangue possa essere digerito
vomito caffeano dopo qualche ora compare melena	emorragia alta (stomaco)	emorragia abbondante bassa portata con ristagno del sangue nello stomaco l'emoglobina viene trasformata in emetina ad opera dell'HCl nel giro di qualche ora il colore vira dal rosso al nero
melena	da sola non indica la sede del sanguinamento (la sede può essere dal rinofaringe al retto) feci di aspetto piceo, catramoso per perdite anche di soli 50-100 ml di sangue la melena può persistere anche per 3-4 giorni dopo la fine del sanguinamento	verosimilmente bassa portata il 50% delle emorragie esofagee e gastriche si evidenzia solamente con melena
enterorragia (feci commiste a sangue rosso vivo)	la sede di solito è distale al Treitz verosimilmente oltre l'ileo terminale feci: aspetto non modificato dall'azione dell'HCl	non è possibile stimare la portata con precisione
tre modalità di presentazione: 1 - melena - lesione del tenue prossimale con lunga permanenza del sangue nell'intestino	emorragie del tratto distale	in linea di massima l'emorragia è più lenta, rispetto a quelle del tratto superiore, e quindi è più facile stabilizzare il paziente e ci sono più possibilità di studiare il malato
2 - enterorragia - lesione più distale		
3 - anemia microcitica/ipocromica e sangue occulto nelle feci		

Ricerca della causa del sanguinamento

Questa diagnosi è strettamente connessa alla precedente e valgono gli stessi principi. Inoltre va ricordata la possibilità di distinguere i sanguinamenti che provengono da una affezione non

neoplastica da quelli che provengono da una affezione neoplastica. Si può solo aggiungere che le procedure endoscopiche possono essere anche terapeutiche oltre che diagnostiche. Negli ultimi anni si sono diffuse tecniche di emostasi per via endoscopica (elettrocauterizzazione, sclerosi mediante iniezione intra- o peri-lesionale, applicazione di clips).

L'emorragia e lo shock ipovolemico

Valgono le usuali impostazioni diagnostiche e terapeutiche atte a comprendere la causa e a correggerla.

La diagnostica si basa sul monitoraggio dei parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione, saturazione periferica, emogasanalisi, elettroliti).

In particolare si raccomanda di istituire quanto prima una reintegrazione con adeguato volume di soluzione cristalloidale o plasma expanders e solo in seguito, una volta valutato il deficit di emoglobina, con concentrati di emazie, plasma e/o frazioni purificate.

Principi di terapia

La terapia si orienta su due momenti:

terapia medica	fase acuta (inquadramento e controllo dell'instabilità emodinamica): si tratta di stabilizzare l'emodinamica o, qualora questa sia spontaneamente stabile, di mettere in atto misure di controllo che evidenzino tempestivamente la ripresa del sanguinamento con progressivo deterioramento delle condizioni del circolo. In questa fase non è prioritaria una terapia etiologica della causa del sanguinamento
	fase successiva: ottenuta la stabilizzazione dell'emodinamica diventa prioritaria la terapia etiologica della causa dell'emorragia
ruolo della chirurgia	in urgenza: evitare di perdere quei malati che non riescono a trovare un compenso emodinamico nonostante la terapia di supporto (alti volumi di liquidi, es. >1500 ml/die, o trasfusioni di emazie, es. > di 4 unità/die)
	successivamente, dopo la stabilizzazione e la diagnosi, trattamento delle affezioni che hanno causato il sanguinamento e che non sono passibili di terapia medica (es. neoplasia gastrica, neoplasia del colon-retto, diverticolo di Meckel, etc)

Complicanze metaboliche

La presenza di sangue nell'intestino va considerata come potenzialmente molto pericolosa per l'equilibrio metabolico del malato. Il sangue nel lume intestinale infatti è tutt'altro che inerte: il riassorbimento intestinale di cataboliti dell'emoglobina può comportare comparsa di:

subittero	causato dal riassorbimento di quantità rilevanti di cataboliti che non possono essere adeguatamente smaltiti a livello epatico
iperpotassiemia	provocato dal riassorbimento del potassio intracellulare dei globuli rossi che vanno disfacendosi
rialzo febbrile	secondario alla liberazione di pirogeni, ma anche al riassorbimento di grossi quantitativi di proteine intracelulari
aumento ammoniemia	per incapacità del fegato di smaltire il sovraccarico di cataboliti proteici
aumento azotemia	per incapacità del rene di smaltire il sovraccarico di cataboliti proteici

Conclusioni

Si tratta sempre di affezioni gravi e potenzialmente anche mortali in breve lasso di tempo specie nelle persone anziane e se sono presenti altre affezioni (scompenso cardiaco, epatico, renale, insufficienza respiratoria). Per le prime ore, in genere 24-48, è indispensabile l'ospedalizzazione in un reparto ove sia possibile uno stretto monitoraggio emodinamico. Un monitoraggio assiduo e la diagnosi precoce è sono indispensabili per poter ridurre la mortalità