

Emorragie Digestive

DEFINIZIONE

Sanguinamento che avviene nel lume dell' apparato digerente;
a seconda della sede della lesione che lo ha determinato
distinguiamo

EMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA

*Perdita di sangue dal tratto
superiore dell' apparato digerente*

ESOFAGO → TREITZ

EMORRAGIA DIGESTIVA
BASSA

*Perdita di sangue dal tratto inferiore
dell' apparato digerente*

TREITZ → ANO

Emorragie Digestive: manifestazioni

- Ematemesi* Emissione di sangue rosso vivo dalla bocca; se la perdita è meno abbondante il sangue ristagna nello stomaco e si parla di vomito caffeeano.
- Melena* Emissione con le feci di sangue digerito di colore nero a posa di caffè commisto a muco e feci liquide
- Ematochezia* Verniciatura del cilindro fecale con sangue rosso vivo
- Enterorragia* Perdita abbondante di sangue rosso vivo con l' emissione fecale. Se l' origine è molto bassa si parla di rettorragia o di proctorragia
- Sanguinamento occulto* Si manifesta esclusivamente con segni clinici o di laboratorio

Emorragie Digestive Alte

1. In Italia causano 50000 ricoveri all' anno con circa 5000 decessi
2. La loro incidenza aumenta progressivamente con l'età (il 45% dei pazienti presentano un' età superiore ai 60 anni)
3. Rapporto M:F 2:1
4. Le forme massive (necessità di 6-7 unità di sangue) sono pari al 20 %
5. Sono gravate da una mortalità di circa il 10%

Emorragie Digestive Alte

Cause Frequenti

1. Ulcera Peptica	30-55%
2. Ulcera Gastrica	15-25%
3. Ulcera Duodenale	15-40%
4. Gastrite Emorragica	15-40%
5. Ulcera da stress	5-25%
6. Varici Esofagee	5-15%
7. Sdr. Di Mallory Weiss	1-15%
8. Carcinoma (esofago, stomaco, papilla, duodeno)	0-3%

Emorragie Digestive Alte

Cause Infrequenti

Esofago

Esofagiti

Ulcera peptica

Esofago di Barrett

Diverticoli esofagei

Sindrome di Boherave

Neoplasie esofagee benigne

Lesioni traumatiche

Corpi Estranei

Ernia Jatale spt paraesofagea

Aneurismi dell' aorta toracica rotti in esofago

Emorragie Digestive Alte

Cause Infrequenti

Stomaco

Varici del fondo gastrico

Neoplasie gastriche benigne (linfomi)

Nel paziente gastroreseccato anastomiti,

Ulcere anastomotiche,

Ulcere peptiche recidive del moncone gastrico

Malformazioni vascolari

Emorragie Digestive Alte

Cause Infrequenti

Duodeno

Pancreatite acuta necrotico-emorragica

Morbo di Crohn

Emobilie

Fistola aorto-duodenale

Wirsungragie per tumori o traumi pancreatici

Teleangectasie familiari (Morbo di Rendu-Osler-Weber)

Discrasie ematiche

Collagenopatie

Emorragie Digestive Alte

Modalità di sanguinamento

Ematemesi Melena Enterorragia

ESOFAGO

+++

++

-

STOMACO

+++

+++

±

DUODENO

++

++

±

Emorragie Digestive Alte

Diagnosi

1. Entita'

2. Sede

3. Causa

Emorragie Digestive Alte

Cause

Anamnesi



- *Pregresse emorragie digestive alte*
- *Uso di FANS*
- *Pregresse patologie dell' app. digerente*
- *Disfagia*
- *Dimagrimento*
- *Dolore*

Esame Clinico



- *Valutazione delle condizioni generali*
- *Segni di epatopatia*
- *Segni di lesioni Traumatiche*

Emorragie Digestive Alte

Laboratorio →

- *Emocromo*
- *Profilo epatico*
- *Renale*
- *Profilo coagulativo*

Emorragie Digestive Alte

*Diagnostica
Endoscopica*



Esofagogastroduodenoscopia

*Diagnostica
radiologica*



*Angiografia
Rx Digerente D.C.*

Emorragie Digestive Alte

Terapia

- 1. Terapia Intensiva*
- 2. Trattamento medico specifico*
- 3. Sonde Tamponanti*
- 4. Trattamento Endoscopico*
- 5. Radiologia Interventistica*
- 6. Terapia Chirurgica*

EMORRAGIA

MASSIVA



***Ipotensione
acuta***



Ischemia



Shock



Danno Parenchimale



MINIMA



***Anemia
Ipocromica
Sideropenica***



Leucocitosi

EMORRAGIA



Riduzione del volume ematico



Innesco meccanismi di compenso



*Aumento della
frequenza cardiaca*



*Contrazione
della diuresi*

Meccanismi coagulanti



*Aumento
resistenze periferiche*

Emorragie Digestive Alte

Terapia Intensiva



Ripristino della volemia e terapia dello shock

Profilassi delle complicanze

Fattori della coagulazione

Antiacidi ed inibitori della secrezione acida gastrica

Emorragie Digestive Alte

Terapia Medica specifica

1. Vasopressina e.v.
2. Somatostatina ed analoghi
3. Anti H₂ ed inibitori della pompa protonica
4. Acido Tranexamico
5. Sondino naso-gastrico per lavaggi

Emorragie Digestive Alte
Sonde Tamponanti

Sengstaken-Blakemore
(varici esofagee e del fondo
gastrico)

Emorragie Digestive Alte

1. Trattamento Endoscopico

Terapia iniettiva

Emorragie Digestive Alte

1. Trattamento Endoscopico

Applicazione di emoclip

Emorragie Digestive Alte

1. Trattamento Endoscopico

Legatura elastica

Emorragie Digestive Alte

1. Trattamento Endoscopico

Elettrocoagulazione

EMORRAGIE DIGESTIVE

BASSE:

DIMENSIONI DEL PROBLEMA

Il 15-20% di tutte le emorragie digestive originano distalmente al legamento di Treitz.

- ✓ Incidenza di 20-30 casi/100000 ab/anno
- ✓ VI-VII decade di vita
- ✓ Mortalità di circa 10%
- ✓ 10% di tipo massivo (necessità di emotrasfusioni)
- ✓ 70-90% remissione spontanea con tendenza alla recidiva
- ✓ Il 5-10% dei casi rimane senza una diagnosi

“Sangue nelle feci”

15% della popolazione adulta

EMORRAGIA DEL TENUE

Il 3-5% delle emorragie digestive originano tra il legamento di Treitz e la valvola ileo-cecale.

- ✓ Angiodisplasia 70-80%
- ✓ Neoplasie 5-10%
- ✓ Diverticolo di Meckel
- ✓ Farmaci
- ✓ Infezioni
- ✓ M. di Crohn
- ✓ Sdr di Zollinger-Ellison 10-25%
- ✓ Vasculiti
- ✓ Danno da radiazioni
- ✓ Ischemia mesenterica
- ✓ Diverticoli digiunali

EMORRAGIA DEL COLON

La patologia **emorroidaria** ha una prevalenza nella popolazione adulta occidentale del 50-80%

✓ Emorroidi	11%
✓ Neoplasie benigne	7-33%
✓ Neoplasie maligne	
✓ Angiodisplasia	11%
✓ Diverticoli	17%
✓ IBD (M. di Crohn, RCU)	1%
✓ Danno da radiazioni	2-4%
✓ Infezioni	23%
✓ Ischemia mesenterica	
✓ Ulcera solitaria	
✓ Traumi	

EMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

Emorragia macroscopica

- Enterorragia
- Melena
- Ematochezia

Emorragia oscura

Emorragia persistente o ricorrente di cui sia impossibile individuare la fonte (dopo endoscopia negativa)

Emorragia occulta

- Sangue occulto
- Anemia sideropenica

Emorragia oscura-occulta



EMORRAGIE DIGESTIVE BASSE: LA DIAGNOSI

L'obiettivo diagnostico nel paziente con emorragia digestiva bassa è rappresentato da:

- 1) Localizzazione del sanguinamento
- 2) Individuazione della causa del sanguinamento
- 3) Valutazione entità della emorragia
- 4) Valutazione probabilità di risanguinamento

IL RUOLO DELL'ENDOSCOPIA

- La pancolonscopia è diagnostica in oltre il 90% delle emorragie in atto.
- Ad una pancolonscopia negativa deve seguire una EGDS
- L'effetto catartico del sangue in genere permette il completamento della colonscopia anche in assenza di preparazione.
In caso contrario un enteroclistima è comunque sufficiente per completare la pulizia.

Il ruolo dell'endoscopia

L'enteroscopia aggiunge agli esami standard circa il 30% di probabilità di successo diagnostico

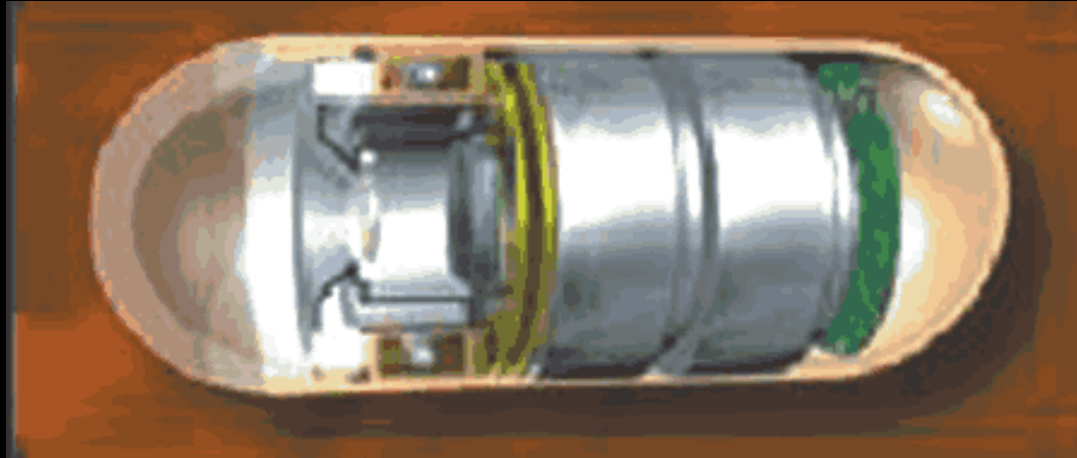
Enteroscopia transorale (*push enteroscopy*)

Enteroscopia transanale (*retrograde enteroscopy*)

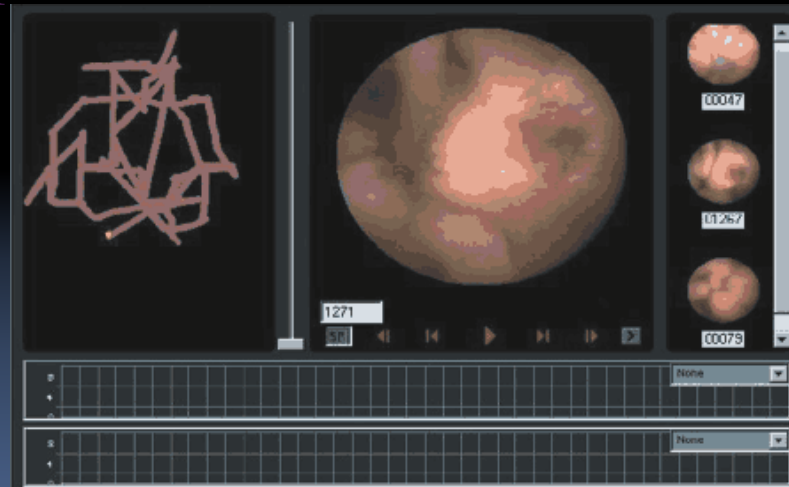
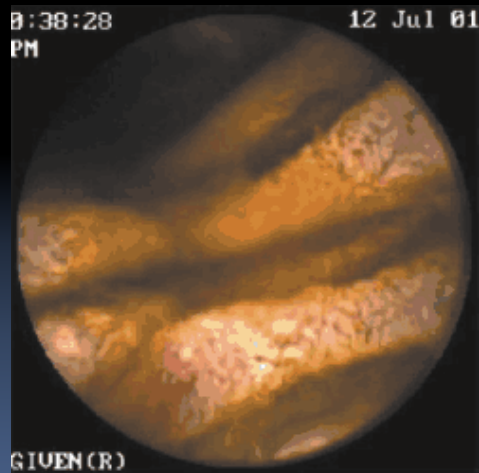
Enteroscopia intraoperatoria

Capsula endoscopica

Il ruolo dell'endoscopia



Videocapsula GIVEN



La capsula endoscopica nello studio del tenue fornisce una resa diagnostica elevata (48-83%) con una ottima tollerabilità da parte del paziente

Il ruolo della diagnostica radiologica

Il clisma del tenue nei sanguinamenti oscuri presenta una resa diagnostica del 10-21%

La somministrazione di bario per os permette la diagnosi nel 5,5% dei casi

IL RUOLO DELLA MEDICINA NUCLEARE

La scintigrafia con emazie marcate può individuare la sede di un sanguinamento oscuro purchè di entità superiore a 0,1-0,4 mL/min

Immagini precoci (entro 4 ore dalla infusione di emazie tecneziate)



Emorragie severe in atto

Immagini tardive (12-24 ore)



Emorragie intermittenti

Principale limite della metodica: difficoltà nel localizzare con precisione la sede

IL RUOLO DELLA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

L'angiografia dimostra uno stravasamento di m.d.c. nel lume intestinale solo in caso di flusso emorragico $> 0,5 \text{ mL/min}$

Con l'angiografia è inoltre possibile dimostrare lesioni che, pur non sanguinando attivamente, mostrano aspetti radiologici tanto peculiari da permettere la diagnosi (angiodisplasia, neoplasie)

Terapia

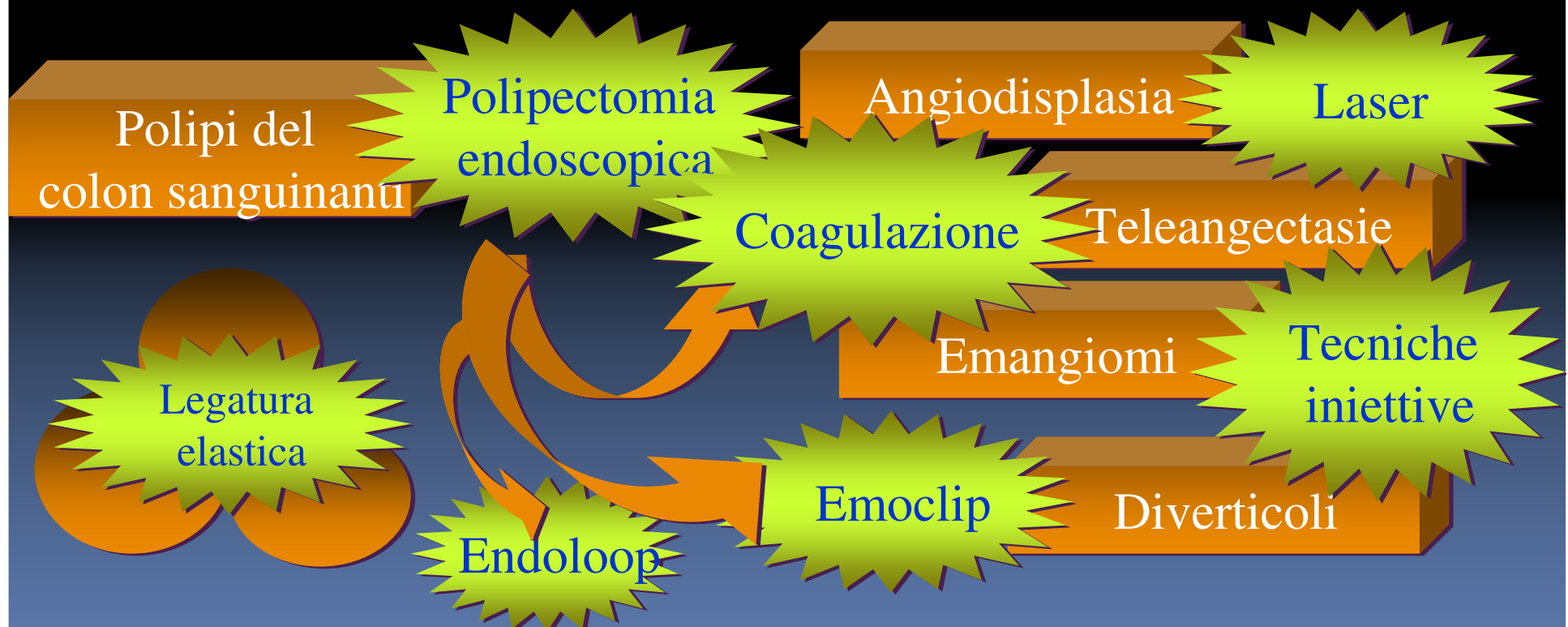
Molteplici opzioni terapeutiche

- endoscopiche
- angiografiche
- farmacologiche
- chirurgiche

possono essere utilizzate, da sole o in maniera combinata, a seconda della sede, entità e natura del sanguinamento.

TRATTAMENTO ENDOSCOPICO

La gran parte dei sanguinamenti del colon può essere trattato temporaneamente o definitivamente con procedure endoscopiche



TRATTAMENTO CHIRURGICO

Indicazioni

- Sanguinamenti massivi (necessità di più di 6 unità di sangue)
- Shock ipovolemico con emorragia in atto
- Persistenza del sanguinamento per oltre 72 ore
- Fallimento terapie endoscopiche e/o angiografiche
- Recidiva emorragica dopo trattamento

Trattamento chirurgico

