



2° ITER FORMATIVO IN COLOPROCTOLOGIA

SANGUINAMENTI COLICI DA MALATTIE RARE

Dott. Paolo Veronesi
Anno 2008

Sanguinamenti colici

- Rappresentano circa un quinto dell'emorragie digestive
- L'incidenza del sanguinamento del tratto inferiore aumenta con l'età e l'eziologia è spesso età-correlata
- La presentazione clinica varia da una severa emorragia come nei casi di patologia diverticolare o lesioni vascolari a perdite ematiche minori secondarie ad emorroidi o ragadi anali

Strate LL, Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis. Gastroenterol Clin North Am 2005, 34:643-664

COLONIC BLEEDING (95%) %		SMALL BOWEL BLEEDING (5%)
Diverticular disease	30-40	Angiodysplasias
Ischemia	5-10	Erosions or ulcers (potassium, NSAIDs)
Anorectal disease	5-15	Crohn's disease
Neoplasia	5-10	Radiation
Infectious colitis	3-8	Meckel's diverticulum
Postpolypectomy	3-7	Neoplasia
Inflammatory bowel disease	3-4	Aortoenteric fistula
Angiodysplasia	3	
Radiation colitis/proctitis	1-3	
Other	1-5	
Unknown	10-25	

Strate LL, Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis. Gastroenterol Clin North Am 2005, 34:643-664

Diverticolosi del colon

Responsabile del 40-55% dei casi di emorragia.

L'incidenza aumenta dal 40% della quinta decade sino all'80% nel corso della nona decade.

L'emorragia rappresenta la complicanza nel 3-5% dei pazienti con diverticolosi.

Rottura delle branche intramurali (*vasa recta*) dell'arteria marginale a livello della cupola del diverticolo o a livello del suo margine antimesenterico, probabilmente per fattori traumatici intraluminali

L'emorragia è raramente associata all'infiammazione tipica della diverticolite clinica.

Bender JS, Wiencek RG, Bouwman DL: Morbidity and mortality following total abdominal colectomy for massive lower gastrointestinal bleeding. Am Surg 1991; 57:536-540.

Rockey DC, Cello JP: Evaluation of the gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. N Engl J Med 1993; 329:1691-1695.

Gralnek IM: Obscure-overt gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 2005; 128:1424-1430.

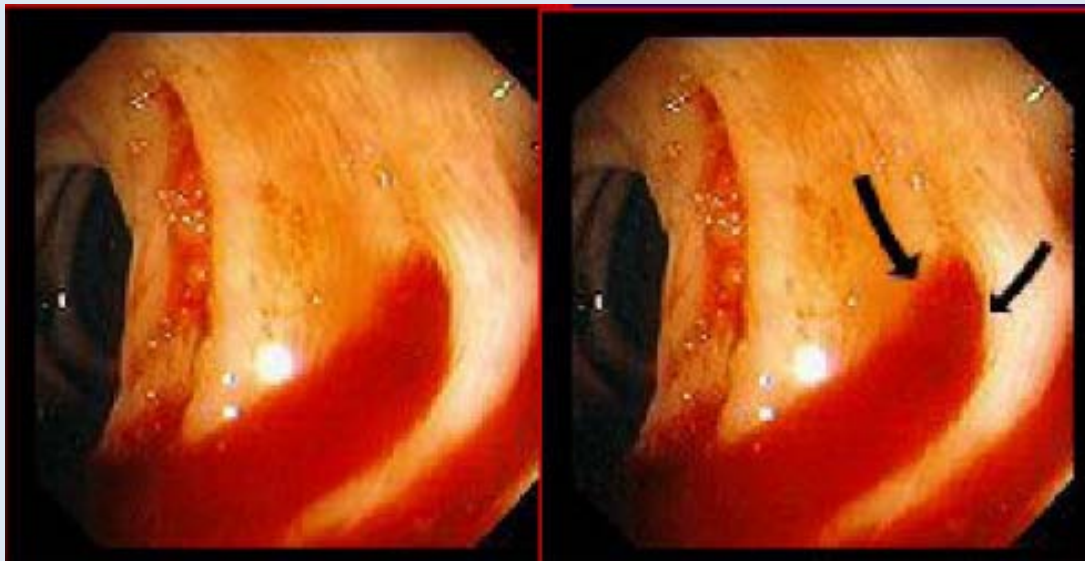
Diverticolosi del colon

L'emorragia diverticolare cessa spontaneamente in oltre il 75% dei pazienti

Dopo un iniziale episodio emorragico, il sanguinamento si verifica nuovamente nel 10% dei pazienti nel corso del primo anno e, successivamente, il rischio di risanguinamento aumenta sino al 50% nell'arco di 10 anni.

La diagnosi viene eseguita tramite colonscopia ed il trattamento è l'iniezione di epinefrina se l'entità dell'emorragia lo consente

In caso di insuccesso si può ricorrere ad angiografia ed embolizzazione oppure a resezione segmentaria del colon



Sanguinamenti colici da malattie
rare

Angiodisplasia

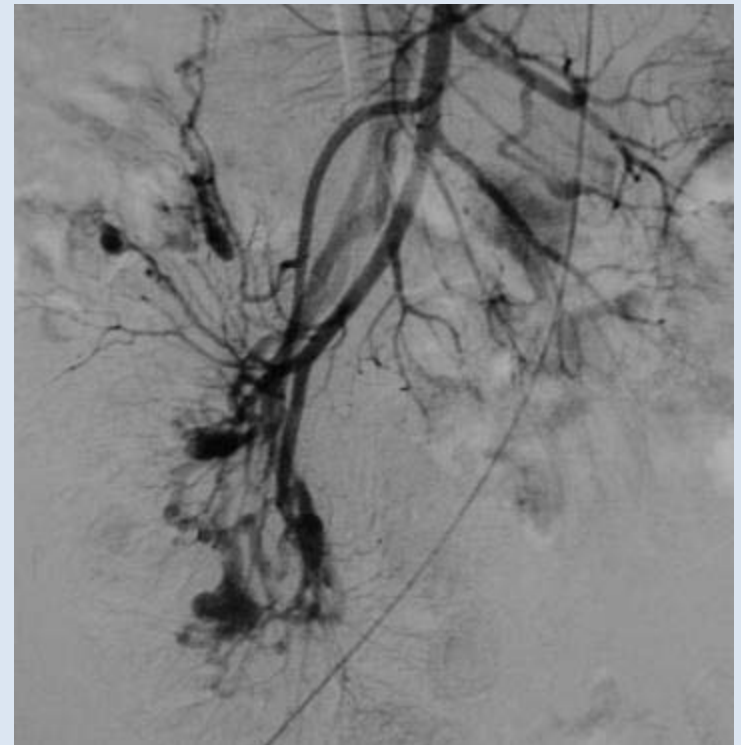
(malformazioni arterovenose)

Responsabili del 3-40% dei casi di sanguinamento

Piccoli vasi ematici ectasici situati nella sottomucosa del tratto gastroenterico.

Maggiore incidenza nei pazienti di età superiore a 50 anni e nel tratto del colon destro e cieco

Maggior manifestazione come sanguinamento cronico mentre nel 15% può essere massiva



Strate LL, Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis.

Gastroenterol Clin North Am 2005, 34:643-664

Angiodisplasia

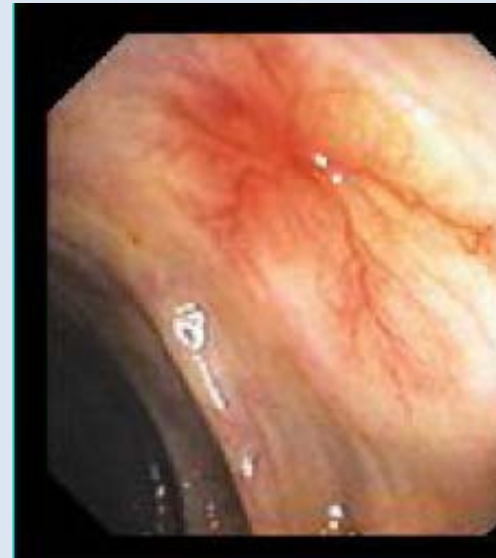
(malformazioni arterovenose)

La coloscopia è la metodica più sensibile, sebbene anche l'angiografia sia in grado di rilevarle.

L'emorragia ha arresto spontaneo nella maggior parte dei casi ma spesso la recidiva avviene entro i successivi 5 anni

Le angiodisplasie può associarsi a molte patologie, tra cui l'insufficienza renale in stadio avanzato

Il trattamento è iniezione di vasopressina o agenti sclerosanti oppure l'elettrocoagulazione altrimenti l'emicolectomia destra



Sindrome di Heyde

Associazione tra stenosi aortica calcifica e il sanguinamento intestinale

Prelavanza: 15-25 %

Meccanismi eziopategenitici multifattoriali

Stenosi aortica calcifica severa , ischemia cronica mucosa colon , formazione fattori angiogenetici, angiodisplasia

Possibile associazione con sindrome di Von Willebrand

Presenza di aterosclerosi e sviluppo di anomalie vascolari

Cessazione dell'emorragia dopo sostituzione valvolare aortica

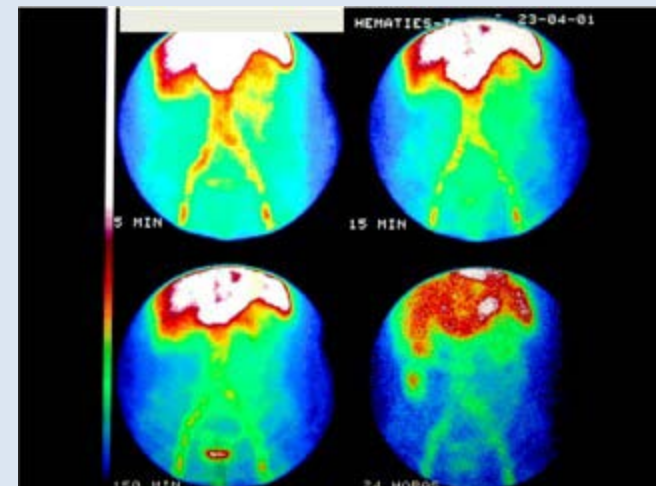
Batur et al. Gastrointestinal Endoscop 1980; 26:134-8

Roger BH. Arch Intern Med 2004; 164: 678-80

Warketin TE. Lancet 1992; 340:35-7

Metha PM. Am J Med 1989; 86:275-7

Ital Heart J Suppl 2004; 5 (9): 741-745



Neoplasia

Il tumore colon rettale è una causa non comune di sanguinamento ma è la più importante da escludere.

I polipi possono sanguinare ma generalmente accade dopo polipectomia.
(12% dei casi e anche dopo due settimane)

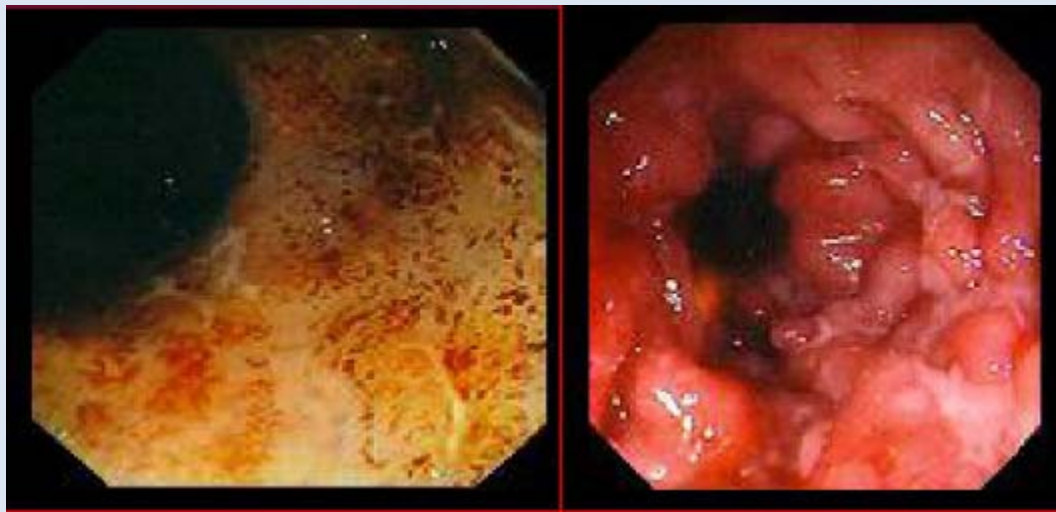
I polipi giovanili sono la seconda causa più comune nei paziente sotto i 20 anni.



Colite

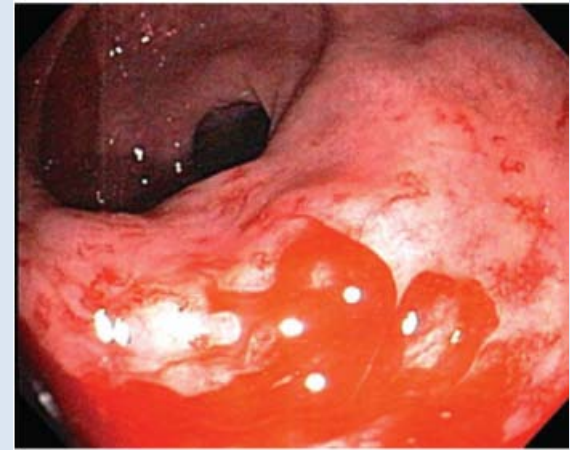
- **Malattia infiammatoria cronica dell'intestino** (morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa e colite indeterminata)

Nel 15% dei casi l'emorragia massiva colica è una complicanza della rettocolite ulcerosa mentre la percentuale nei pazienti con morbo di Crohn è dell'1%.



- **Colite infettiva** (*O157:H7 Escherichia coli*, cytomegalovirus [CMV], *Salmonella*, *Shigella*, and *Campylobacter* species, and *Clostridium difficile*). Può causare diarrea ematica
Dissenteria amebica: erosione di un grosso vaso da parte di una ulcerazione della parete addominale

- **Proctite attinica** dopo trattamento per neoplasie pelviche.
Endoarteriti radio indotte responsabili dell'ischemia tissutale



A



Saclarides TJ, King DG, Franklin JL, et al: Formalin instillation for refractory radiation-induced hemorrhagic proctitis: Report of 16 patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:196-199.

Ischemia mesenterica

L'ischemia mesenterica può essere secondaria ad insufficienza venosa o arteriosa sia acuta che cronica.

Più frequente dopo i 60 anni

Fattori predisponenti: malattia cardiovascolare preesistente, recente chirurgia vascolare addominale, stati di ipercoagulabilità, farmaci (vasopressori, digossina), vasculiti

La TC mostra una parete intestinale sottile

La colonscopia mostra edema ed emorragia e demarcazione tra mucosa normale e anormale

Nell'85% sono autolimitanti (in alcuni pazienti evolve in stenosi del colon) Nel restante 15% è indicata la chirurgia

Walker AM. Risk factors for colon ischemia. Am J Gastroenterol 2004; 99:1333-1337

Sanguinamento ano-rettale

Cause maggiori:

- Emorroidi interne (5-10% emorragie coliche)
- Ragade anale
- Neoplasia coloretta

Caratteristiche:

- Non massivo (ematochezia o proctorragia).

Le patologie anorettali sono comuni, quindi occorre eseguire un'attenta indagine per escludere altre cause di sanguinamento prima di ritenerle fonte dell'emorragia.

La maggior parte dei sanguinamenti anorettali si autolimita e risponde alla dieta e ai provvedimenti locali



Danni da FANS

Danno aspecifico: ulcerazioni in vari segmenti colici ; difficile diagnosi differenziale tra ulcerazioni idiopatiche ed secondarie; uso di supposte di Indometacina e rettorragia

Langman. Br Med J 1985; 290. 347-349

Wright V. Rheumatol Rehab 1979; 18:186-187

Colite da FANS: aspetto segmentario con flogosi di grado lieve o piccole erosioni superficiali; associazione con fenamati; proctite o pancolite. Colite collagena

Goldstein NS. Am J Clin Pathol 1998; 110:622-628

Gibson GR. Arch Intern Med 1992; 152:625-632

Tanaka M. Gastroenterology 1991; 101:A845

Aggravamento di una pre-esistente malattia del colon: aggravamento malattie diverticolare, appendicite, recidiva malattie infiammatorie croniche

Bjarnason I. Aliment Pharmacol Ther 1994; 62:145-157

Bjarnason I. Can J Gastroenterol 1993; 7:160-169

Trattamento: Metronidazolo, Misoprostol

Ulcera solitaria del retto

Eziologia sconosciuta

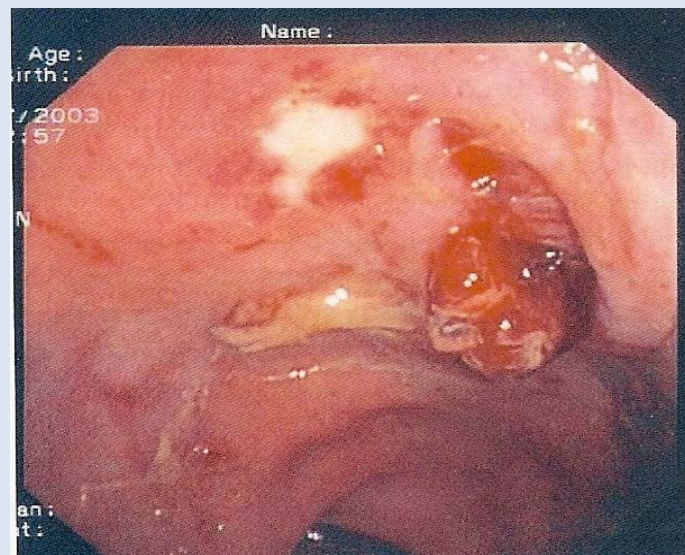
Presenza di una o più ulcere solitamente localizzate alla parete anteriore del retto (in media a 6-10 cm dalla linea dentata), occasionalmente circonferenziali o sulle pareti laterali o in altre sedi atipiche.

Assumono modificazioni nel tempo tuttavia possono persistere anche per molti anni (completa guarigione soltanto nel 10% dei casi)

Sindrome spesso asintomatica, in alcuni casi può manifestarsi con episodi di rettorragia

Pracanica G. Acta Biomed 2005-, 76

Classen M. Endoscopia gastroenterologica 2004; 2:292-6



Sanguinamenti colici da malattie rare

I pazienti ***immunosoppressi*** o con sindrome da immunodeficienza acquisita sono a rischio per emorragia intestinale dovuta a:

- Infezione da citomegalovirus
- sarcoma di Kaposi
- Istoplasmosi
- fistole e le ragadi perianali
- trombocitopenia AIDS-correlata

Endometriosi: il nodulo di endometrio penetra nella parete intestinale con sanguinamento sincrono al flusso mestruale

• BRIEF REPORTS •

Portal hypertensive colopathy in patients with liver cirrhosis

Keiichi Ito, Katsuya Shiraki, Takahisa Sakai, Hitoshi Yoshimura, Takeshi Nakano



Figure 1 Colonoscopic examination shows redness.



Figure 2 Colonoscopic examination shows a blue vein.

In conclusion, as the Child-Pugh class worsens and platelet count decreases, the prevalence of portal hypertensive colopathy increases in patients with liver cirrhosis. Colonoscopic examination is needed in these patients, especially those with worsening Child-Pugh class and decreasing platelet count, to prevent complications, such as lower gastrointestinal bleeding.

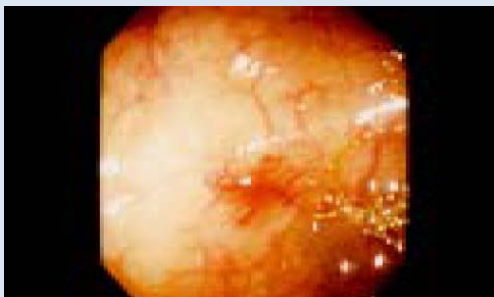


Figure 3 Colonoscopic examination shows a solitary vascular ectasia.

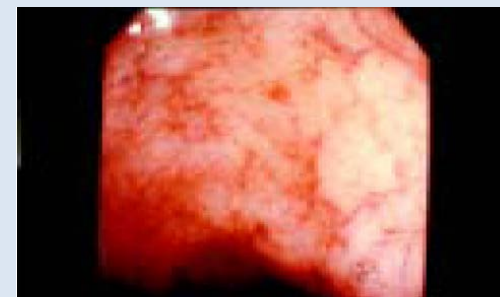


Figure 4 Colonoscopic examination shows diffuse vascular ectasia.

Ulcera rettale di Dieulafoy

Journal of Gastroenterology and Hepatology (2003) 20, 1303 Images of Interest

A Hokama, Y Takeshima, A Toyoda, Y Yonamine, R Tomiyama, F Kinjo, T Nishimaki and A Saito

Gastrointestinal: Rectal Dieulafoy lesion

A Dieulafoy lesion is a term that is used to describe gastrointestinal bleeding caused by rupture of an exposed submucosal artery associated with a minute mucosal defect. Bleeding from Dieulafoy lesions can occur at any age but is most common in elderly men. The typical site of bleeding is the proximal stomach, but bleeding has been described in a variety of other sites including the esophagus, small bowel and large bowel. Most patients present with intermittent and severe bleeding over several days. When bleeding seems likely to be arising from the large bowel, the initial investigation could be either colonoscopy or mesenteric arteriography. The latter is more likely with torrential bleeding. At colonoscopy, techniques that have been used to control bleeding include epinephrine injections, cauterization, clipping and band ligation.



Algoritmo per diagnosi e trattamento dell'emorragie gastrointestinali del tratto inferiore

