



FRANCESCO BORTOLUZZI, ALESSANDRA VITALBA

Unità Operativa di Gastroenterologia, Ospedale Umberto I, Venezia Mestre

Emorragie digestive basse acute

Si definisce emorragia digestiva bassa acuta un sanguinamento gastrointestinale con origine a valle del legamento di Treitz, di recente insorgenza (arbitrariamente definita inferiore a tre giorni), con instabilità dei parametri vitali, anemia e/o necessità di emotrasfusioni (1). La maggior parte dei sanguinamenti si verifica in realtà in ambito colico e tende ad arrestarsi spontaneamente: nel 10-25 % dei casi tuttavia la prosecuzione dell'emorragia richiede un intervento medico urgente.

Le Cause più frequenti di sanguinamento sono la diverticolosi colica (40%), le angioidisplasie (30%) e le coliti di varia etiologia (15%). L'incidenza di ospedalizzazione per tali episodi varia tra 20 e 27 casi per 100.000 abitanti per anno, con un aumento esponenziale (per un fattore 200) tra la terza e la nona decade di vita, con un tasso di mortalità riportato variabile tra 4 e 21% (1-4). È stata riportata un'importante correlazione, temporale e patogenetica, con l'assunzione di farmaci antinfiammatori non steroidei, in particolare negli anziani: fino al 92% dei casi di diverticolite emorragica è stato associato all'assunzione di tali farmaci (2).

Punti controversi nella gestione dei pazienti con emorragia digestiva bassa sono l'identificazione di un algoritmo diagnostico-terapeutico adeguato ed applicabile in differenti situazioni cliniche, la conseguente scelta tra trattamento medico conservativo, endoscopico e chirurgico e il comportamento da assumere in caso di mancata identificazione della sede del sanguinamento.

La letteratura più recente al proposito si è effettivamente focalizzata su questi argomenti, con posizioni ed opinioni non esattamente univoche e divergenze anche importanti.

DIAGNOSI E TERAPIA ENDOSCOPICA

Una prima considerazione di rilievo, con marcate ripercussioni sull'interpretazione dei risultati proposti, riguarda la esatta definizione diagnostica della sede di sanguinamento.

Zuckerman (5) al proposito propone tre livelli di evidenza diagnostica:

I livello (diagnosi certa), con evidenza di una lesione attivamente sanguinante nel corso di un esame endoscopico o angiografico, o di un associato esame scintigrafico, o la presenza di segni endoscopici di recente emorragia (vaso visibile o coagulo);

II livello (diagnosi presunta), con presenza di sangue fresco in un tratto di colon comprendente una fonte potenziale, o una scintigrafia positiva in sede coincidente con una lesione endoscopica, o evidenza di rettorragia in presenza di una unica lesione colica ed in assenza di fonti emorragiche al tratto gastroenterico superiore;

III livello (diagnosi incerta), presenza di rettorragia e colonscopia negativa attuale ma con multiple possibili fonti di sanguinamento.

Lo sforzo nosologico risulta apprezzabile e tanto più opportuno quando si vadano ad esaminare i risultati riportati in vari lavori, differenti per casistica e modalità di sviluppo ma assolutamente non univoci. Ad esempio, la valutazione sulla efficacia diagnostica della colonscopia eseguita in urgenza (tra 6 e 24 ore dall'ospedalizzazione del paziente) può differire grandemente, con percentuali di successo riportate variabili tra il 7.7 ed l'89%: la discrepanza tra tali dati viene infatti attribuita a differenti valutazioni di certezza e presunzione diagnostica (6, 7). Angtuaco (6) presenta un lavoro retrospettivo di revisione di 90 cartelle cliniche di pazienti dimessi con diagnosi confermata di emorragia digestiva bassa e colonscopia eseguita in 39 pazienti come primo approccio diagnostico entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. La sede certa di ressi viene riportata in tre soli pazienti (7.7%), e la conclusione dell'autore, suffragata anche dall'esito sulla gestione successiva del paziente, è la non utilità dell'endoscopia urgente in tale condizione. Lo stesso autore peraltro indica come la presenza di una sede probabile di emorragia (definita come sangue rosso associato a lesioni coliche nello stesso segmento), riscontrata nel 66.7% dei casi e sommata alle diagnosi di certezza, potrebbe portare ad un esito genericamente positivo a fini diagnostici nel 74.4% dei pazienti esaminati, del tutto paragonabile a quanto riportato da autori più ottimisti. Per inciso, in questo lavoro, l'esecuzione di una colonscopia urgente (associata in soli quattro casi a terapia endoscopica) non ha in alcun modo influenzato l'esito finale della degenza per durata dell'ospedalizzazione, indicazione chirurgica e sopravvivenza. Di tutt'altro avviso sono Ohyama e collaboratori (7), che, in uno studio retrospettivo, analizzano 345 pazienti (nell'arco di 20 anni) con emorragia bassa, sottoposti a colonscopia in urgenza (entro 24 ore da un episodio emorragico severo, peraltro definito per la necessità di infondere più di 500 ml di liquidi per vena). L'esame endoscopico veniva eseguito dopo preparazione del

colon, con clisma di sola acqua o glicerina fino al 1990 e con polietilene glicole per os (1500-2000 ml) successivamente. Gli autori non riportano (sorprendentemente) alcuna differenza di successo diagnostico tra i due periodi; ritengono di aver conseguito diagnosi di sede di ressi nell'89.1% dei casi, con una sostanziale dispersione a tutti i segmenti colici (tra 15 e 20% a carico di retto, sigma, colon sx, trasverso e colon dx). La causa più frequente di sanguinamento, diversamente da quanto riportato generalmente in letteratura, risulta essere una colite ischemica (perlopiù transitoria), nel 18.8% dei casi, seguita da colite emorragica associata a terapia antibiotica e emorragia post-polipectomia (16.5 e 12.8% rispettivamente). Un trattamento endoscopico veniva applicato nel 13.9% dei casi, con percentuali variabili per le varie patologie descritte: in particolare è stata eseguita terapia in un terzo dei sanguinamenti da diverticoli, in 3/4 delle emorragie da angiodisplasie (poche, 4 in tutto) e nel 60% dei sanguinamenti dopo polipectomia (con 16 risanguinamenti su 27 pazienti trattati, e sostanziale miglioramento con l'utilizzo di hemoclips). Gli autori concludono ritenendo utile e sicura la colonscopia in urgenza.

Un approccio aggressivo al paziente con emorragia acuta viene proposto da Jensen ed altri (8) in un lavoro riguardante 121 pazienti con rettorragia e diverticolosi del colon sottoposti a colonscopia tra 6 e 12 ore dall'ingresso in ospedale, previa pulizia massiva del colon con 5 o 6 litri di polietilene glicole, per os o via sondino naso-gastrico, ed esecuzione dell'esame endoscopico entro un'ora dall'espulsione di feci liquide limpide. La diagnosi di diverticolite emorragica veniva posta, mutuando concetti usuali per le emorragie da ulcera, in presenza di sanguinamento attivo, vaso visibile o coagulo adesivo. Lo studio divideva i pazienti in due gruppi: i primi 73 pazienti non venivano sottoposti ad alcuna terapia endoscopica, ma curati medicalmente ed inviati a chirurgia se necessario, mentre i secondi 48, laddove se ne evidenziava la necessità, venivano trattati con terapia iniettiva (epinefrina) o termica (coagulazione bipolare, 10-15 W) per via endoscopica.

Sei pazienti del primo gruppo (35% di tutti i pazienti con sanguinamento attivo all'endoscopia) sono stati inviati al chirurgo, contro nessuno del gruppo trattato endoscopicamente. Egualmente il gruppo "endoscopico" ha richiesto minor tempo di degenza, meno emotrasfusioni (in ambo i gruppi correlati con la differente attività di ressi, da emorragia attiva a vaso visibile) ed ha in generale sperimentato un sanguinamento meno prolungato dopo la diagnosi endoscopica. Gli autori concludono sull'utilità di una colonscopia urgente, eseguita da un operatore esperto, in grado di effettuare emostasi endoscopica dove necessario, in caso di emorragia attiva da diverticoli del colon (accompagnata da tatuaggio endoscopico in sede di lesione emorragica). Concludono anche, sulla base dei dati anamnestici raccolti, raccomandando di evitare l'uso di antinfiammatori non steroidei, acido acetilsalicilico ed anticoagulanti

in pazienti affetti da tale patologia e di raccomandare un adeguato regime dietetico a lungo termine (dieta ad alto contenuto di fibre, con supplementi di psillio).

I dati riportati da Jensen hanno destato l'interesse della comunità scientifica. Gostout (9), in un editoriale su NEJM, identifica nella possibilità di utilizzare criteri endoscopici di attività emorragica e nella efficacia della terapia endoscopica applicata sulla base degli stessi i messaggi importanti del lavoro in questione e postula l'importanza di confermare ed estendere tali informazioni (aumentando il numero di pazienti ed estendendo ad altre lesioni emorragiche i criteri indicati). Di differente avviso, su Gut, Wong e Dalton (10), che pongono dubbi sulla patologia considerata, ritenuta di per sé benigna per andamento emorragico, sulla opportunità e tollerabilità di una massiva preparazione per os in tali situazioni cliniche (4% di ritenzione idrica clinicamente significativa) e sulla discrepanza tra il 20% circa di successo diagnostico (identificazione della sede di ressi e conseguente terapia endoscopica) e quanto avviene nella pratica endoscopica corrente.

DIAGNOSI E TERAPIA NON ENDOSCOPICA

Alcuni articoli si sono anche occupati di confrontare differenti modalità diagnostiche e terapeutiche utilizzabili nelle emorragie digestive basse. Un breve riepilogo clinico viene ad esempio proposto da Thomas sul British Journal of Surgery (11), identificando le tecniche di imaging più diffuse. Più dettagliatamente, Al Qahtani e collaboratori (2) hanno analizzato le cartelle cliniche di 202 ricoveri (per 136 pazienti) con diagnosi di accoglimento di emorragia digestiva bassa, in un periodo di 25 anni (presso un ospedale canadese affiliato ad una università). Oggetto dello studio risultava essere la determinazione del valore relativo dei differenti approcci diagnostici al problema e la conseguente possibilità di sviluppare un algoritmo diagnostico-terapeutico. In 152 casi era stata eseguita una colonscopia, con una percentuale di successo diagnostico del 45%; 53 pazienti erano stati sottoposti a scintigrafia con emazie marcate, consentendo la identificazione della sede nel 17% dei casi; un'angiografia mesenterica, eseguita in 31 pazienti, aveva portato al medesimo risultato nel 19% dei casi. Sorprendentemente, in 85 pazienti era stato effettuato un clisma opaco, con identificazione della presunta sede di emorragia nel 71.7% dei casi: gli stessi autori peraltro escludevano ogni ruolo per tale esame in situazioni di urgenza, riservandolo a diagnosi elettiva di lesioni potenzialmente causa di emorragia. Sulla base dell'esperienza maturata veniva dunque proposto un algoritmo diagnostico-terapeutico fondato sull'entità del sanguinamento (modesto, moderato o massivo) e sull'utilizzo seriato delle tre tecniche diagnostiche su riportate.

Luchtefeld e collaboratori (12) hanno invece presentato uno studio retrospettivo sull'impiego dell'angiografia in

urgenza con embolizzazione arteriosa del vaso sede di ressi. Particolare attenzione veniva dedicata all'introduzione di tecnologie in grado di migliorare la precisione e la sicurezza della metodica, come cateteri coassiali di minor calibro e rigidità (prevenzione di danni o spasmi vascolari) e differenti sostanze embolizzanti (polivinile, microsferi di platino). Conseguenza dell'evoluzione tecnologica è stata la possibilità di ottenere un cateterismo superselettivo, con migliore efficacia e soprattutto una significativa riduzione degli effetti collaterali, con particolare riguardo ad ischemia od infarto intestinali acuti, riportati fino al 20% dei casi trattati. La casistica riferita dagli autori comprende 17 episodi di emorragia bassa (in 16 pazienti), trattati con embolizzazione: l'arresto dell'emorragia è stato ottenuto in 14 casi (82%); un paziente (6%) è stato operato (resezione secondo Hartmann) per necrosi colica secondaria alla procedura. Gli autori concludono valutando la tecnica sicura ed efficace, particolarmente in pazienti ad alto rischio chirurgico.

Nell'ambito di trattamenti medici delle emorragie digestive basse un case-report di Yoshie e collaboratori (13) propone terapia con octreotide in infusione continua (25 microgr/ora, dopo un bolo di 100 microgr) in un caso di emorragia persistente da colopatía congestizia

da ipertensione portale. Gli autori segnalano miglioramento endoscopico delle lesioni, descritte come angiodisplasie multiple e friabilità della mucosa; rimarcano anche la necessità di associare terapia orale con propranololo (20 mg x 2), una volta ottenuta la stabilizzazione emodinamica, allo scopo di prevenire la ripresa del sanguinamento.

UN ALGORITMO

L'ASGE (American Society For Gastrointestinal Endoscopy) ha finalmente elaborato un approccio algoritmico alle emorragie digestive basse (1), riassunto nelle Tabelle I e II. La colonscopia (preceduta da preparazione del colon) viene ritenuta la procedura di scelta per la diagnosi di sede di ressi: se negativa, è opportuna l'esecuzione di una EGDS, considerando che nell'11% dei casi la causa di emorragia si localizza a carico del tratto digestivo superiore.

Se colonscopia ed EGDS risultano entrambe negative, va allora considerata la possibilità di un sanguinamento dall'intestino tenue. In tali situazioni risulta opportuno l'utilizzo di tecniche angiografiche o scintigrafiche. In particolare l'angiografia mesenterica offre il miglior

Tabella I: Sanguinamento acuto delle basse vie digestive (parte prima)

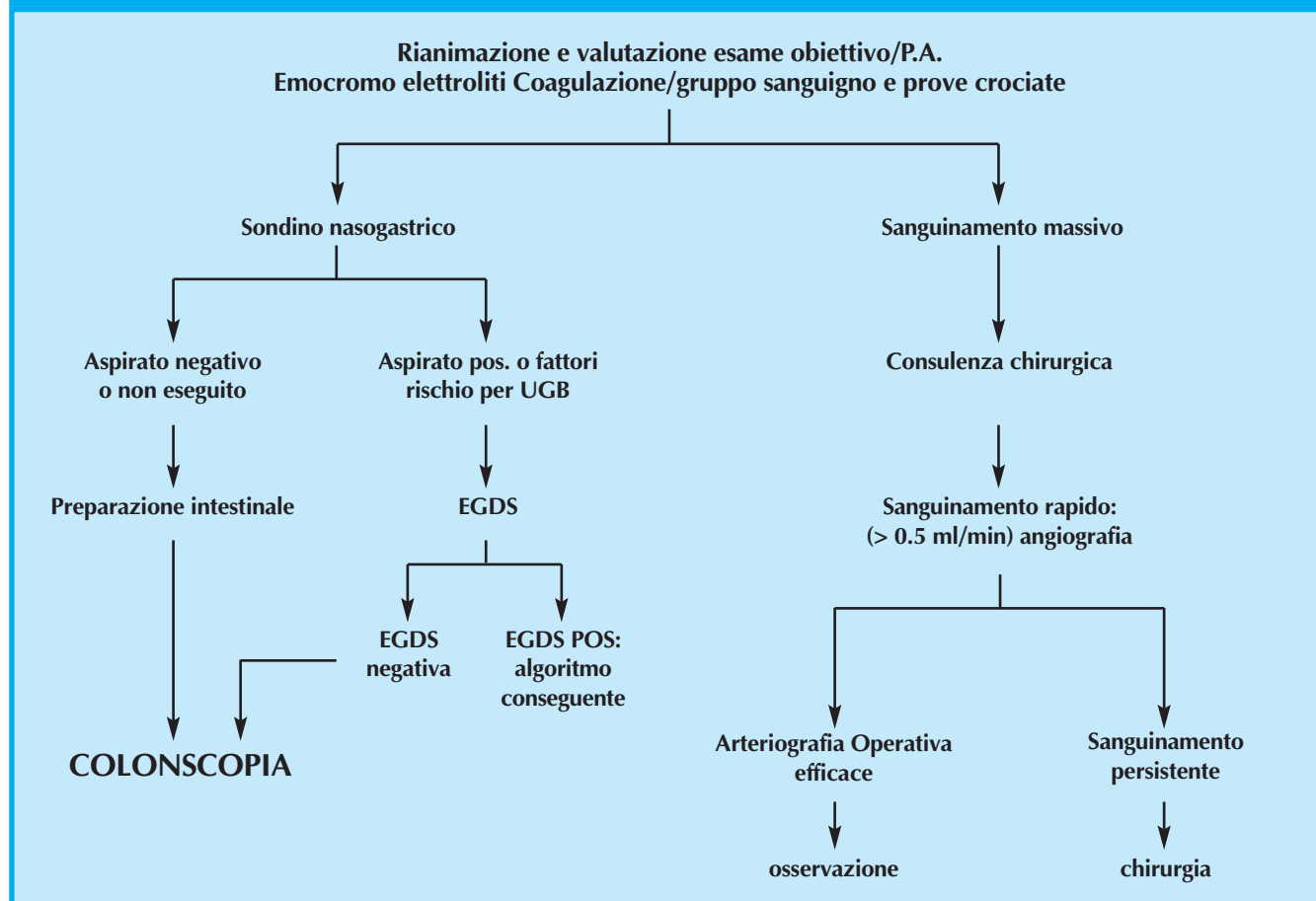
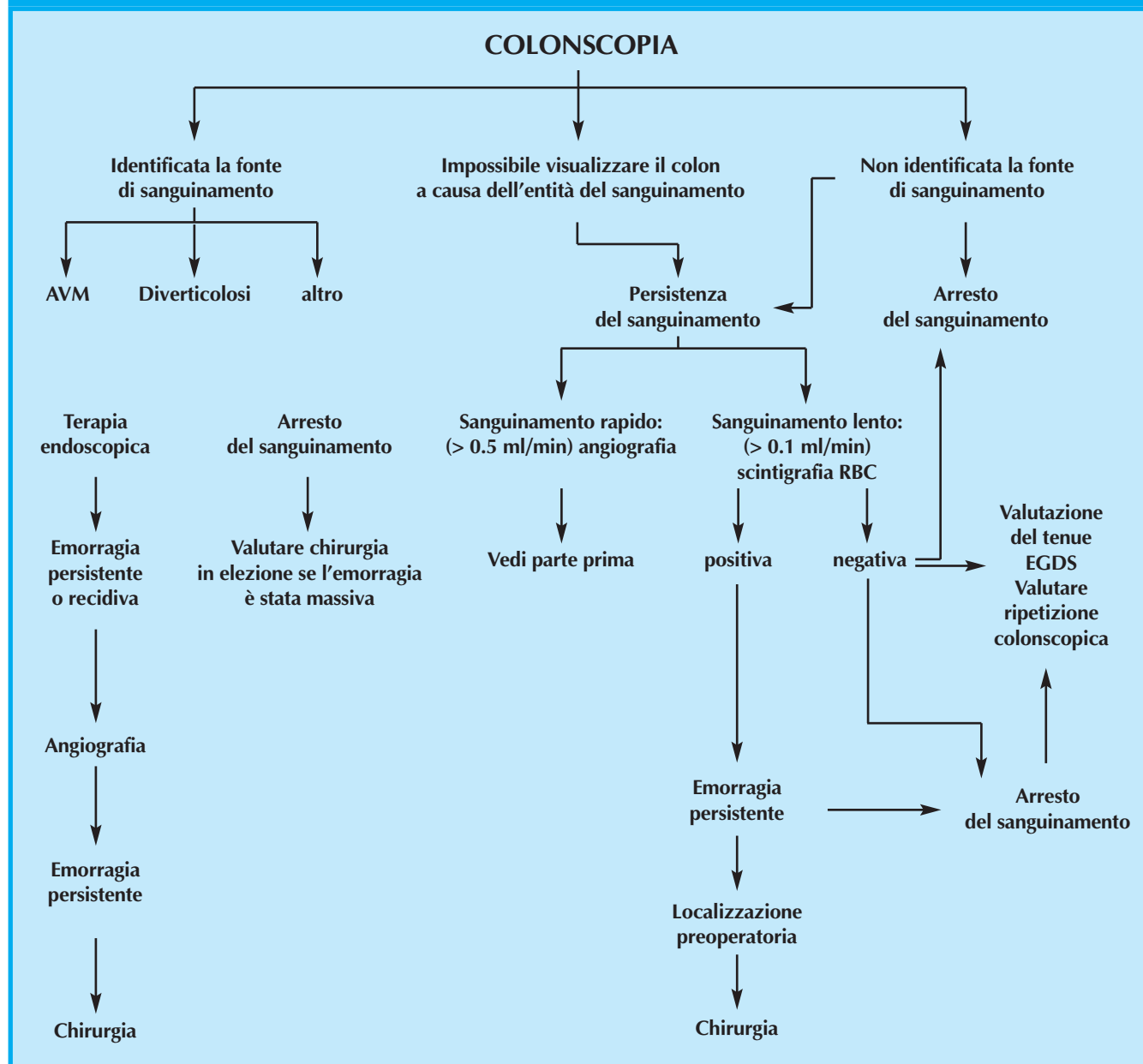


Tabella II : Sanguinamento acuto delle basse vie digestive (parte seconda)



contributo in presenza di emorragia massiva (>0.5 ml/min), mentre la scintigrafia con emazie marcate consente una discreta definizione diagnostica per emorragie a moderata attività (>0.1 ml/min).

Endoscopia e radiologia possono consentire, laddove possibile, terapia specifica della fonte emorragica. Va comunque considerata la necessità di identificare comunque la zona di emorragia nei pazienti considerati passibili di intervento chirurgico, riservando l'eventuale colectomia subtotale in emergenza solo a rari casi di emorragia massiva inarrestabile.

La necessità di trasfondere almeno quattro unità di emazie in 24 ore e la diverticolite emorragica recidiva sono considerate indicazioni all'intervento.

Corrispondenza

Francesco Bortoluzzi,
U.O. Gastroenterologia,
Ospedale Umberto I,
Via Circonvallazione, 50 – 30174 Venezia Mestre
Tel. 0412607644
Fax 0412607658
e-mail: fnbort@katamail.com



BIBLIOGRAFIA

1. **AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY.** An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(7): 859-63
2. **AL QAHTANI AR, SATIN R, STERN J, GORDON PH.** Investigative modalities for massive lower gastrointestinal bleeding. *World J Surg* 2002; 26(5): 620-5
3. **FARRELL JJ, FRIEDMAN LS.** Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30(2): 377-407
4. **WOODS KL.** Massive lower GI bleeding – approaches & outcomes. *ACG 2000 Annual Postgraduate Course*, New York 2000; 283-92
5. **ZUCKERMAN GR, PRAKASH C.** Acute lower gastrointestinal bleeding part II: etiology, therapy and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 228-38
6. **ANGTUACO TL, REDDY SK, DRAPKIN S, HARRELL LE, HOWDEN CW.** The utility of urgent colonoscopy in the evaluation of acute lower gastrointestinal tract bleeding: a 2-year experience from a single center. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(6): 1782-5
7. **OHYAMA T, SAKURAI Y, ITO M, DAITO K, SEZAI S, SATO Y.** Analysis of urgent colonoscopy for lower gastrointestinal tract bleeding. *Digestion* 2000; 61(3): 189-92
8. **JENSEN DM, MACHICADO GA, JUTABHA R, KOVACS TO.** Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342(2): 78-82
9. **GOSTOUT CJ.** The role of endoscopy in managing acute lower gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000; 342(2): 125-7
10. **WONG JL, DALTON HR.** Urgent endoscopy in lower gastrointestinal bleeding. *Gut* 2001; 48(2): 155-6
11. **THOMAS MG.** Obscure lower gastrointestinal tract bleeding. *Br J Surg* 1999; 86(5): 579-80
12. **LUCHTEFELD MA, SENAGORE AJ, SZOMSTEIN M, FEDESON B, VAN ERP J, RUPP S.** Evaluation of transarterial embolization for lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(4): 532-4
13. **YOSHIE K, FUJITA Y, MORIYA A, KAWANA I, MIYAMOTO K, UMEMURA S.** Octreotide for severe acute bleeding from portal hypertensive colopathy: a case report. *Eur J*