

Diagnostica delle emorragie delle basse vie digestive

Stabilire la sede del sanguinamento

Bisogna tenere a mente che non è detto che l'ematochezia (emissione di sangue rosso vivo dal retto) sia sempre e comunque espressione di un'emorragia a partenza dalle basse vie digestive.

Infatti, in un paziente con ematochezia severa l'origine del sanguinamento può essere il tratto digestivo superiore (sopra il legamento di Treitz): in questo caso, l'abbondante quantità di sangue presente nel lume intestinale stimola la peristalsi e perciò l'espulsione del materiale fecale ne risulta sensibilmente accelerata; di conseguenza, non c'è il tempo necessario alla conversione dell'emoglobina in ematina, evento responsabile del viraggio del colore del sangue da rosso vivo a nero.

Aspirazione con sondino naso-gastrico

Per questa ragione, il primo step nell'iter diagnostico delle emorragie delle basse vie digestive è l'aspirazione del contenuto dello stomaco per mezzo di un sondino naso-gastrico.

Se con questa operazione si aspira sangue, l'emorragia è certamente originata nelle alte vie digestive. Sarà quindi opportuno procedere con un EGDS per determinare con precisione l'origine della lesione e instaurare un trattamento appropriato.

Tuttavia, l'assenza di sangue nell'aspirato non esclude completamente il sospetto di un'emorragia a partenza dalle alte vie digestive, poiché il sangue proveniente da una lesione duodenale può non refluire nello stomaco, ad es. per stenosi pilorica.

Solo la presenza nell'aspirato di abbondante succo biliare, unitamente all'assenza di sangue, indirizza verso un'emorragia delle basse vie digestive.

Quindi, si eseguirà un'EGDS se l'aspirato gastrico contiene sangue o se non contiene né bile, né sangue; viceversa, si procederà con una colonscopia se l'aspirato contiene solamente bile.

Anoscopia e rettoscopia

È altresì opportuno eseguire precocemente un'anoscopia e una rettoscopia, per escludere una lesione anale (emorroidi, ragadi) o rettale (ulcera del retto, colite, neoplasie del retto).

È invece controindicato il clisma opaco, che in questo caso non ha alcun significato diagnostico e, per di più, ostacola l'esecuzione e la lettura rispettivamente di una colonscopia e di una arteriografia.

Colonscopia

Dopo aver eventualmente stabilizzato il paziente sotto il profilo emodinamico e averlo preparato con soluzioni di lavaggio gastro-intestinale con polietilenglicole (PEG), si procede quindi con una colonscopia, il gold standard per la localizzazione della sede di sanguinamento.

Se la colonscopia è negativa e l'ematochezia è cessata o ridotta, è probabile che l'origine del sanguinamento sia nell'intestino tenue. Perciò ci si orienterà verso un'enteroscopia *push* o un'enteroscopia capsulare.

Enteroscopia *push*

L'enteroscopio è più sottile e più lungo dell'endoscopio usato nell'EGDS e, parimenti a questo, è dotato di strumenti per trattare le lesioni (diatermocoagulazione endoscopica, iniezione di sostanze vasocostrittrici o sclerosanti).

Enteroscopia capsulare

L'enteroscopia capsulare è una tecnica molto recente mediante la quale si possono ottenere ottime immagini a colori delle vie gastro-intestinali del paziente, le quali sono fornite da una micro-telecamera incorporata in una capsula monouso che il paziente ingoia, veicola lungo il proprio tratto digestivo e successivamente (8-12 ore) espelle senza problemi con le feci.

Questa metodica è più sensibile della precedente nella localizzazione del sanguinamento.

Se invece la colonscopia è negativa e l'ematochezia non cessa né si riduce, è opportuno procedere con un'arteriografia ed eventualmente con una scintigrafia con emazie marcate con 99m-tecnezio.

Arteriografia

Le indicazioni a questa metodica sono i pazienti con massiccia ematochezia e non sottoponibili a colonscopia a causa delle precarie condizioni emodinamiche, e i pazienti in cui il sanguinamento è cessato o rallentato, ma la colonscopia, l'enteroscopia *push* e l'endoscopia capsulare sono risultate negative.

Questa procedura permette anche di intervenire terapeuticamente, mediante l'iniezione di farmaci vasocostrittori (adrenalina, vasopressina) o materiale embolizzante (gelfoam, spirali metalliche).

Comunque, l'arteriografia selettiva è utile solo se il sanguinamento ha una velocità di almeno 1-1,5 ml/min.

Scintigrafia con globuli rossi marcati con 99m-tecnezio

Questa metodica, rispetto alla precedente, ha il vantaggio di rilevare anche condizioni emorragiche in cui la velocità di sanguinamento è molto bassa (0,05-0,1 ml/min).

I globuli rossi marcati si accumulano nel punto di perdita e, di conseguenza, la radioattività nella sede di emorragia aumenta nel tempo e può essere misurata per mezzo di una gamma-camera.

Tuttavia, questo tipo di indagine ha una sensibilità del 70% e una specificità del 60% e, perciò, non sempre è in grado di localizzare con esattezza la sede della lesione. È invece il gold standard nella diagnosi di diverticolo di Meckel, il cui riscontro è frequente soprattutto negli adolescenti e nei ragazzi.