



I SANGUINAMENTI RETTALI

MILANO, 14 MARZO 2009 - OSPEDALE SAN GIUSEPPE

L'Ematochezia: Inquadramento clinico e Diagnosi differenziale

Franco Radaelli

**U.O.C. Gastroenterologia
Ospedale Valduce - Como**

Ematochezia:

passaggio di sangue rosso vivo o marrone dal retto

EPAGE, Endoscopy 1999

scenari clinici diversificati

Ematochezia:

passaggio di sangue rosso vivo o marrone dal retto

EPAGE, Endoscopy 1999

Scenario 1

- € 35 aa
- Ottimo stato di salute
- Valutazione MMG
- Da 3 anni di episodi intermittenti di:
 - “*paper bleeding*”
 - “*dripping blood*”
 - sporadici episodi di sangue rosso nel WC

Intermittent scant hematochezia
Minimal bright red bleeding per rectum

Ematochezia:

passaggio di sangue rosso vivo o marrone dal retto

EPAGE, Endoscopy 1999

Scenario 1

- € 35 aa
- Ottimo stato di salute
- Valutazione MMG
- Da 3 anni di episodi intermittenti di:
 - “*paper bleeding*”
 - “*dripping blood*”
 - sporadici episodi di sangue rosso nel WC

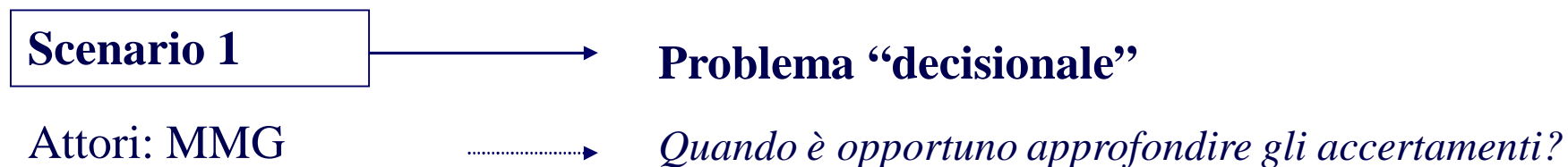
Intermittent scant hematochezia
Minimal bright red bleeding per rectum

Scenario 2

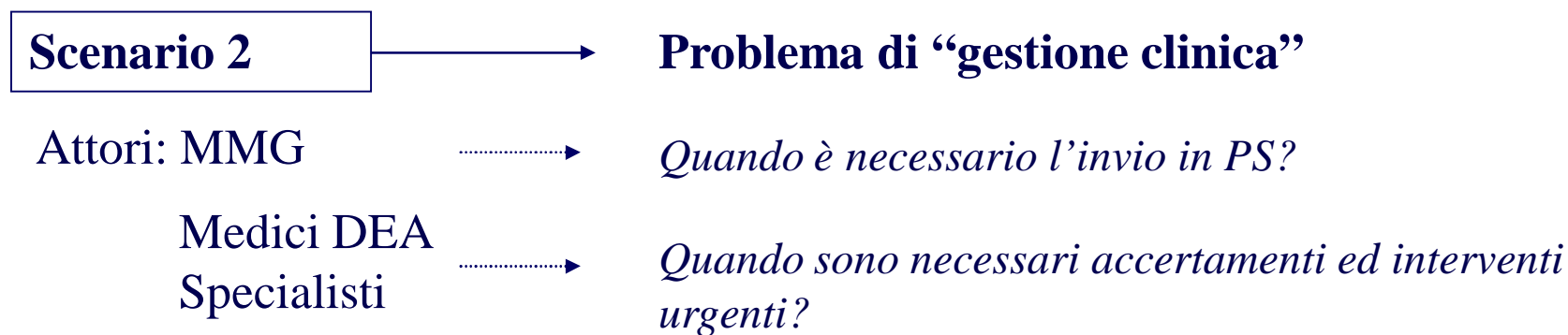
- • 80 aa
- Comorbidity cardiovascolare +++
- Terapia polifarmacologica
- Accesso in PS per:
 - episodio lipotimico
 - ipotensione ortostatica
 - ripetuti episodi di ematochezia con sangue rosso vivo e coaguli

Acute severe hematochezia
Acute lower GI bleeding

Intermittent scant hematochezia



Acute lower GI bleeding



Intermittent scant hematochezia
Minimal bright red bleeding per rectum

Presentazione clinica:

- sangue rosso su carta (“paper bleeding”)
- gocce di sangue nel WC al termine delle defecazione
- feci con striature ematiche
- proctorragia “isolata”

Intermittent scant hematochezia

Minimal bright red bleeding per rectum

Presentazione clinica:

- sangue rosso su carta (“paper bleeding”)
- gocce di sangue nel WC al termine delle defecazione
- feci con striature ematiche
- proctorragia “isolata”

Dimensione del problema:

- 12-15% popolazione generale
- più comune in soggetti giovani (19% in età 20-40aa vs. 11% > 40aa)
- consulto medico nell'anno precedente solo per il 14% soggetti (“under-reporting”)

Intermittent scant hematochezia

Minimal bright red bleeding per rectum

Cause:

- **Emorroidi**
 - presenza nel 60-90%
 - in genere associato alla defecazione
 - in genere in assenza di dolore

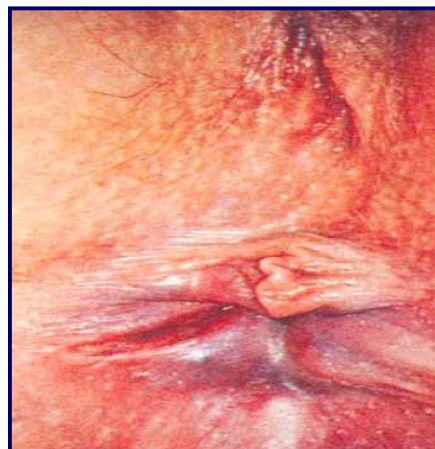


Intermittent scant hematochezia

Minimal bright red bleeding per rectum

Cause:

- **Emorroidi**
- **Ragadi anali**
 - dolore alla defecazione
 - prurito o irritazione perianale
 - “sentinel pile”

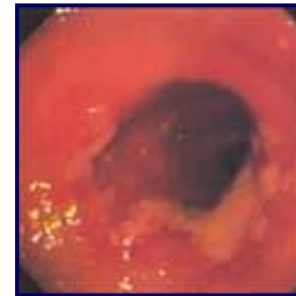
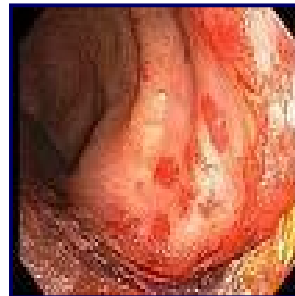


Intermittent scant hematochezia

Minimal bright red bleeding per rectum

Cause:

- **Emorroidi**
- **Ragadi anali**
- Prolasso rettale
- Proctiti
- Ulcere del retto (SURS)
- Condilomi



Intermittent scant hematochezia

Minimal bright red bleeding per rectum

Cause:

- **Emorroidi**
- **Ragadi anali**
- Prolasso rettale
- Proctiti
- Ulcera solitaria (SURS)
- Condilomi acuminati
- Carcinoma anale

- **Carcinoma coloretale**
- **Adenomi colon**



Intermittent scant hematochezia

Scenario 1



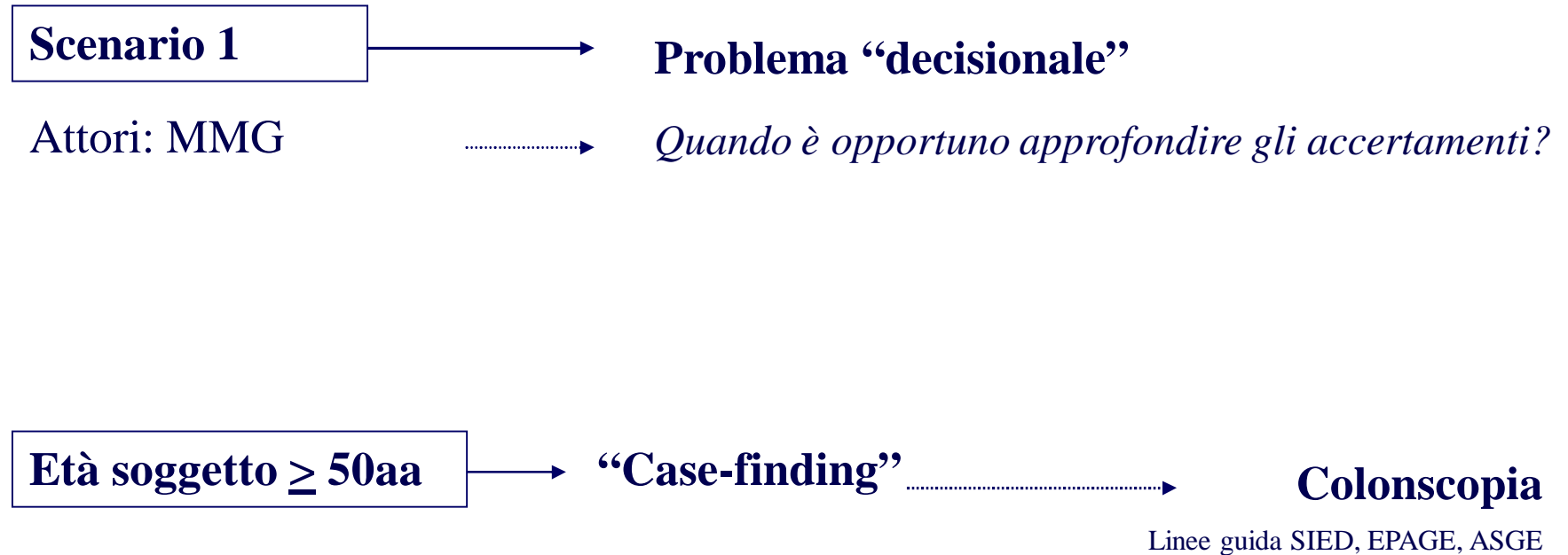
Problema “decisionale”

Attori: MMG

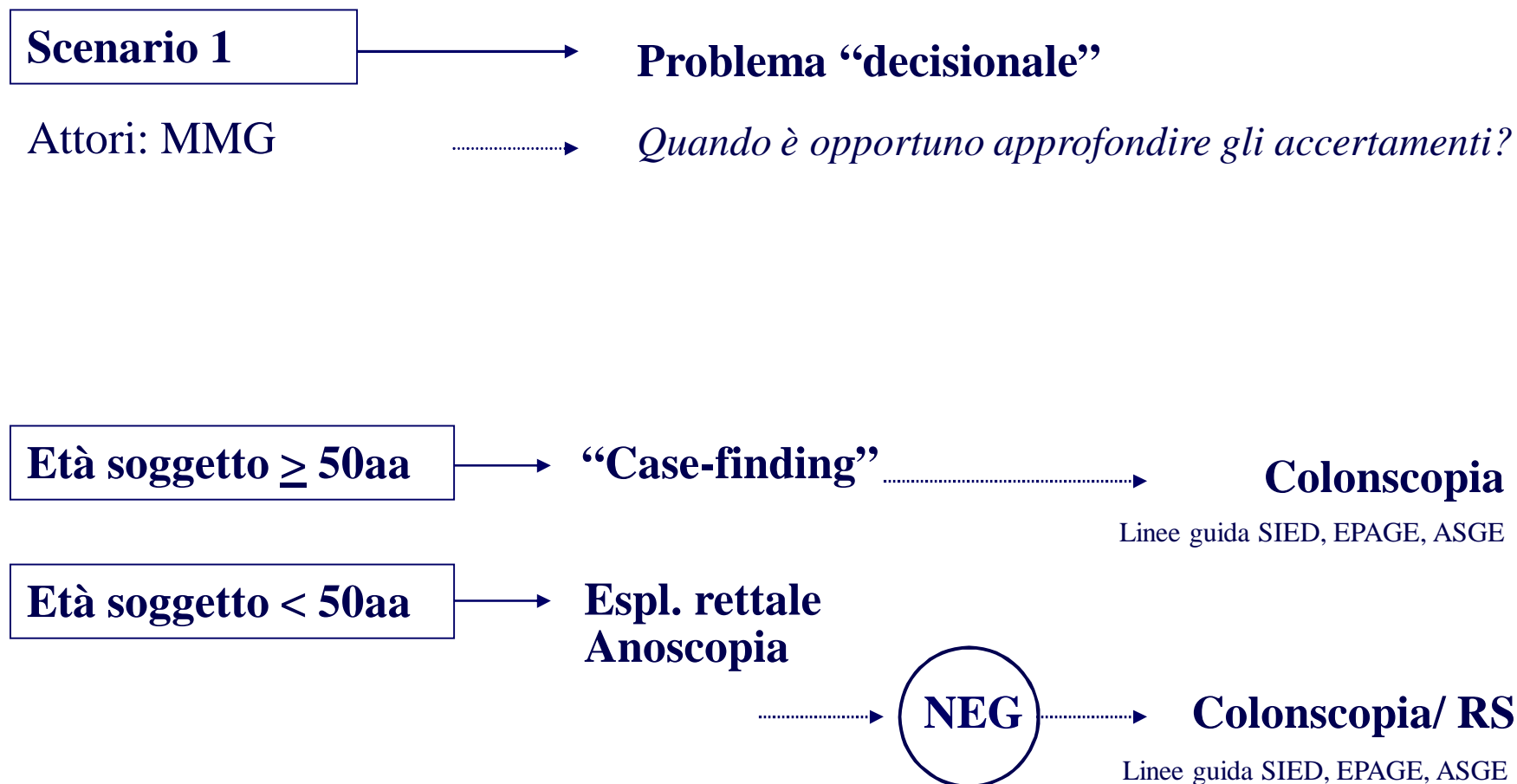


Quando è opportuno approfondire gli accertamenti?

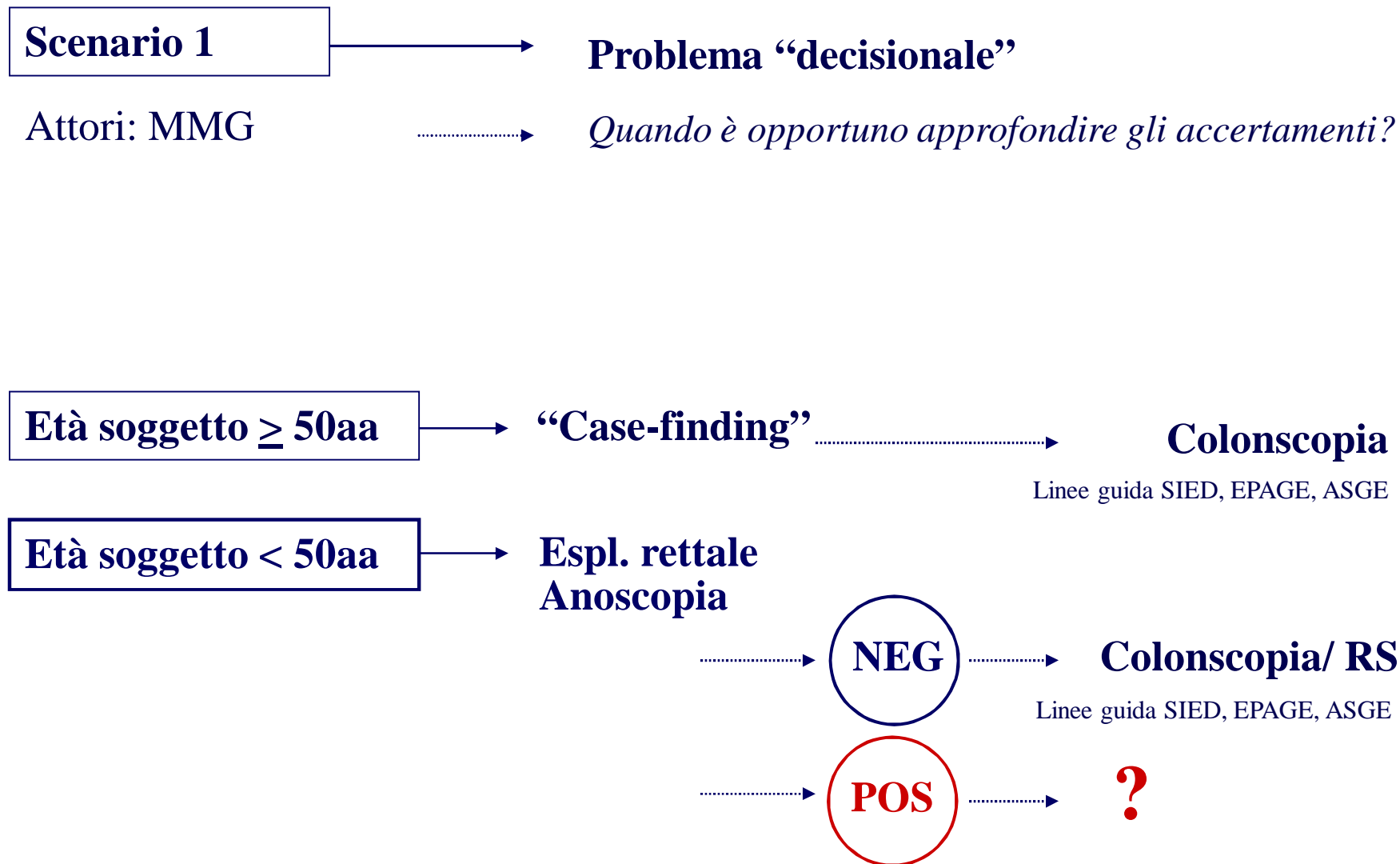
Intermittent scant hematochezia



Intermittent scant hematochezia



Intermittent scant hematochezia



Intermittent scant hematochezia in paziente < 50aa, con fonte di sanguinamento plausibile ad ispezione anale:

E' sufficiente la rassicurazione del paziente ?

Intermittent scant hematochezia in paziente < 50aa, con fonte di sanguinamento plausibile ad ispezione anale:

E' sufficiente la rassicurazione del paziente ?

Punti chiave di discussione:

1. “..... *anal source of bleeding is present in the majority (up to 80%) of subjects with colonic neoplasia*”

UpToDate[®] 2008

2. rischio lesioni neoplastiche in pazienti con età < 50 anni ed ematochezia è basso ma *non* trascurabile

Prevalenza lesioni neoplastiche in pazienti con età < 50 aa ed ematochezia

	# pazienti	% adenomi	% Ca
Helfand M 1997	58	12	--
du Toit J, 2006	223	20	2 (4 casi)
SIED Lombardia, 2007	622	21	1.2 (4 casi)

Helfand M, JAMA 1997

du Toit J, BMJ 2006

Spinzi G, Am J Gastroenterol 2008

Prevalenza lesioni neoplastiche in pazienti con età < 50 aa ed ematochezia

	# pazienti	% adenomi	% Ca
Helfand M 1997	58	12	--
du Toit J, 2006	223	20	2 (4 casi)
SIED Lombardia, 2007	622	21	1.2 (4 casi)

emorroidi in 82.4% pz

Helfand M, JAMA 1997

du Toit J, BMJ 2006

Spinzi G, Am J Gastroenterol 2008

Intermittent scant hematochezia in paziente < 50aa, con evidente fonte di sanguinamento ad ispezione anale

Stratificazione del rischio:

- Familiarità per neoplasia colica
 - “red flags”
 - tipologia
 - frequenza
 - durata
- sanguinamento

Intermittent scant hematochezia in paziente < 50aa, con evidente fonte di sanguinamento ad ispezione anale

Stratificazione del rischio:

- familiarità
- “red flags”

- tipologia
- frequenza
- durata

sanguinamento

- assente
- assenti
- “paper bleeding”
- sporadico
- lunga data



osservazione

Intermittent scant hematochezia in paziente < 50aa, con evidente fonte di sanguinamento ad ispezione anale

Stratificazione del rischio:

- familiarità
- “red flags”

- tipologia
- frequenza
- durata

sanguinamento

- assente
- assenti

- “paper bleeding”
- sporadico
- lunga data

- presente
- presenti

- “altri”
- persistente/ricorrente
- recente



osservazione



accertamento

Lack of Colonic Neoplastic Lesions in Patients Under 50 Yr of Age With Hematochezia: A Multicenter Prospective Study

Giancarlo Spinzi, M.D.,¹ Marco Dal Fante, M.D.,² Enzo Masci, M.D.,³ Federico Buffoli, M.D.,⁴ Enrico Colombo, M.D.,⁵ Giancarla Fiori, M.D.,⁶ Paolo Ravelli, M.D.,⁷ Ermanno Ceretti, M.D.,⁸ Giorgio Minoli, M.D.,¹ and SIED Lombardia Working Group, Italy

¹Division of Gastroenterology, Valduce Hospital, Como, Italy; ²Division of Gastroenterology, San Pio X Hospital, Milan, Italy; ³Division of Gastroenterology, San Raffele Hospital, Milan, Italy; ⁴Division of Gastroenterology, Poliambulanza Hospital, Brescia, Italy; ⁵Division of Gastroenterology, Garbagnate Hospital, Garbagnate, Italy; ⁶Endoscopy, Istituto Oncologico Europeo, Milan, Italy; ⁷Division of Gastroenterology, Seriate Hospital, Seriate, Italy; and ⁸Department of Pathology, Valduce Hospital, Como, Italy

(Am J Gastroenterol 2007;102:2011-2015)

Table 3. Location of Advanced Adenomas and Malignant Polyps

	Age Group 30-40 Yr (312 pts)	Age Group 41-50 Yr (310 pts)
Distal* malignant polyps	2 (2) (0.6%)	1 (1) (0.3%)
Proximal† malignant polyps	0	1 (1) (0.3%)
Distal* advanced adenomas	8 (7) (2.2%)	17 (11) (3.5%)
Isolated proximal† advanced adenomas	0	10 (3) (1.0%)

*Distal means below the splenic flexure.

†Proximal means above the splenic flexure.

CONCLUSIONS: In patients younger than 40 yr with hematochezia, advanced neoplastic lesions are rare and usually located in the rectum and sigmoid colon. Sigmoidoscopy appears to be sufficient for evaluation in these patients.

Ematochezia:

passaggio di sangue rosso vivo o marrone dal retto

EPAGE, Endoscopy 1999

Scenario 1

- € 35 aa
- Ottimo stato di salute
- Valutazione MMG
- Da 3 anni di episodi intermittenti di:
 - “*paper bleeding*”
 - “*dripping blood*”
 - sporadici episodi di sangue rosso nel WC

Intermittent scant hematochezia
Minimal bright red bleeding per rectum

Scenario 2

- • 80 aa
- Comorbidity cardiovascolare +++
- Terapia polifarmacologica
- Accesso in PS per:
 - episodio lipotimico
 - ipotensione ortostatica
 - ripetuti episodi di ematochezia con sangue rosso vivo e coaguli

Acute severe hematochezia
Acute lower GI bleeding

Acute severe hematochezia

Presentazione clinica:

- emissione massiva di sangue rosso/marrone o coaguli
- ± instabilità segni vitali
- ± anemizzazione

Zuccaro G (AGA guidelines) , Am J Gastroenterol 1999

Acute severe hematochezia

Presentazione clinica:

- emissione massiva di sangue rosso/marrone o coaguli)
- ± instabilità segni vitali
- ± anemizzazione

Zuccaro G (AGA guidelines) , Am J Gastroenterol 1999

Sede del sanguinamento:

- Colon : 74%
- Tratto GI sup.: 11%
- Piccolo intestino: 9%
- Sede non definita: 6%

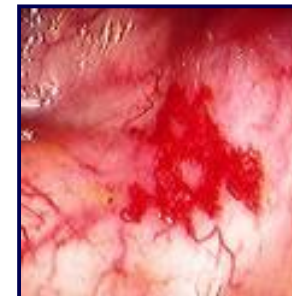
Zuccaro G (AGA guidelines) , Am J Gastroenterol 1999

Acute severe hematochezia

Le cause coliche:

- 33% diverticolosi
- 19% lesioni neoplastiche
- 18% coliti (IBD, ischemiche, radiazione, infettive)
- 16% non identificate
- 8% angiodisplasie
- 8% miscellanea (post-polipectomia, ulcera anastomica, stercoracea)
- 4% anorettale (emorroidi, ragadi, SURS)

Zuckerman, Gastrointest Endosc 1999



Intermittent scant hematochezia

Scenario 1



Problema “decisionale”

Attori: MMG



Quando è opportuno approfondire gli accertamenti?

Acute lower GI bleeding

Scenario 2



Problema di “gestione clinica”

Attori: MMG



Quando è necessario l’invio in PS?

Medici DEA
Specialisti



Quando sono necessari accertamenti ed interventi urgenti?

MMG ed ematochezia massiva

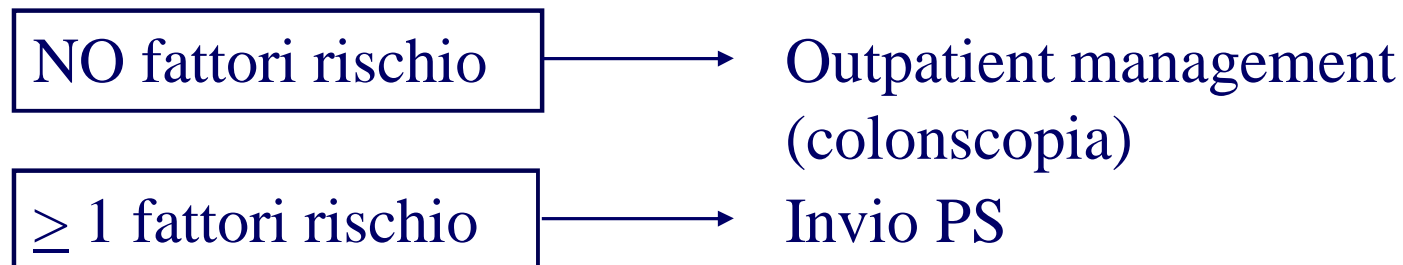
“Risk assessment”:

- Et  avanzata (> 60aa)
- Instabilit  emodinamica (fc > 100 bpm, PAS < 100mmHg, ipot. posturale)
- Anemizzazione
- Comorbidit  significativa cardiaca, polmonare, renale, epatica
- Sintomi addominali (dolore)
- Sanguinamento persistente
- TAO

MMG ed ematochezia massiva

“Risk assessment”:

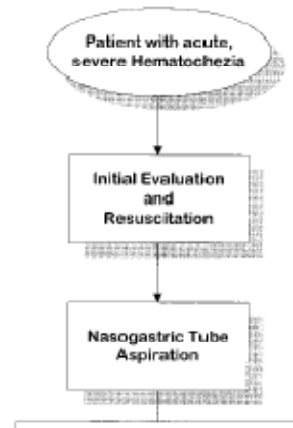
- Età avanzata (> 60aa)
- Instabilità emodinamica (fc > 100 bpm, PAS < 100mmHg, ipot. posturale)
- Anemizzazione
- Comorbidità significativa cardiaca, polmonare, renale, epatica
- Sintomi addominali (dolore)
- Sanguinamento persistente
- TAO



Management of the Adult Patient With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding

Gregory Zuccaro, Jr., M.D.,

Department of Gastroenterology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio



Cause sono nel tratto digestivo superiore nel 10-15% casi

- EGDS urgente valida alternativa a SNG se instabilità emodinamica e fattori di rischio per sanguinamento superiore (es. FANS, cirrosi)
- EGDS indicata se aspirazione nasogastrica di sangue o negativa

Management of the Adult Patient With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding

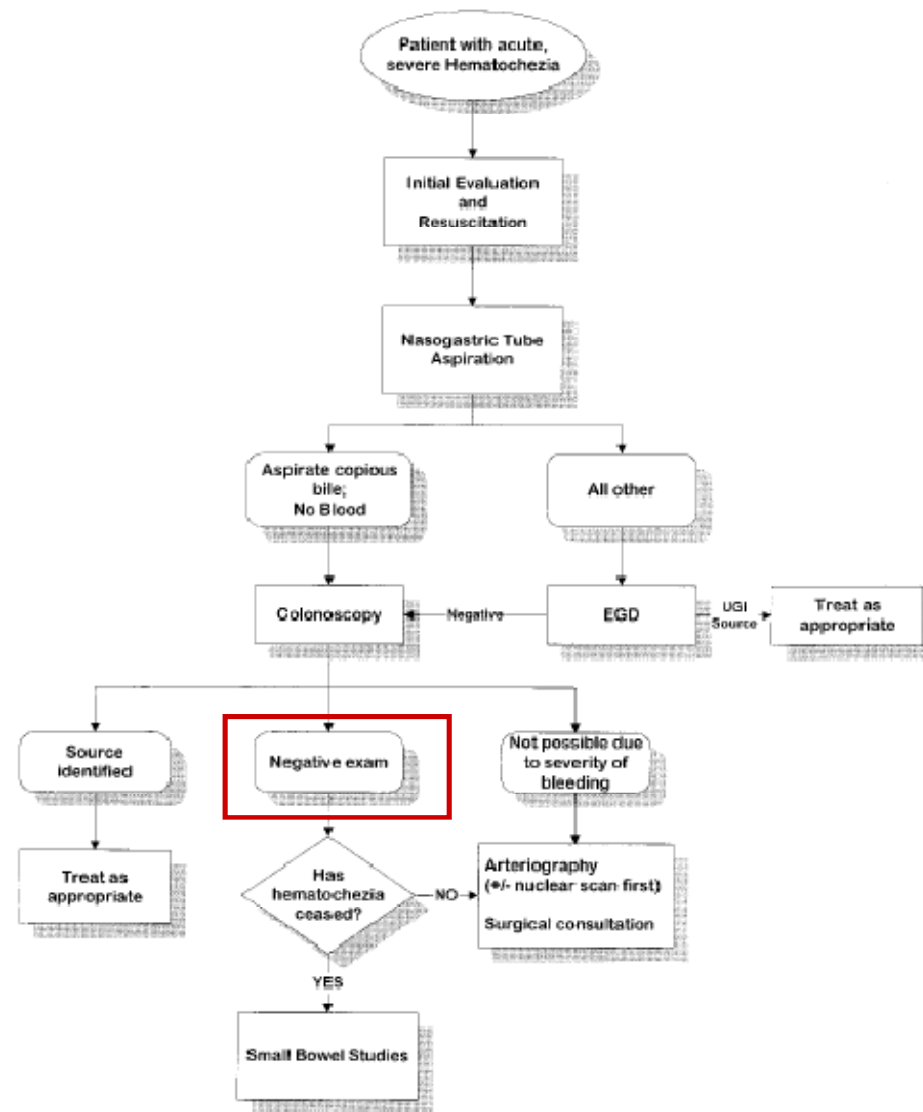
Gregory Zuccaro, Jr., M.D.,

Department of Gastroenterology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio



Colonscopia nella valutazione del sanguinamento acuto inferiore

	# Pazienti	Purgante	% Cieco	Yield diagnostico
Rossini, 1989	409	No	33%	76%
Jensen, 1988	80	Si	NA	94%
Caos, 1986	35	Si	97%	77%
Chaudry V, 1998	67	No	68%	97%
Bramley, 1996	278	±	NA	75%
Geller A, 1997	124	Si	98%	42%



Take home messages:

- Ematochezia è problema clinico comune, ma in una minoranza di casi può rappresentare emergenza medica
- Valutazione clinica del paziente è cruciale per le scelte decisionali
- MMG ruolo cruciale nel determinare quali pazienti necessitano un approfondimento diagnostico o una valutazione in urgenza
- Endoscopia è test diagnostico di scelta sia in elezione che nei casi di urgenza

Grazie per l'attenzione!

