

L'angiodisplasia del grosso intestino: una rara localizzazione rettale



Ann. Ital. Chir., LXXI, 5, 2000

G. Montesano, A. Bertagni, L.S. Gallinaro,
A.G. Nasti, C. Bezzi, A. Forte, P. Palumbo,
G. Soda^o, M. Bezzi

Università degli Studi di Roma - "La Sapienza"
Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Tecnologie Mediche
Applicate
^oDipartimento di Anatomia Patologica

Introduzione

In caso di emorragia digestiva bassa di difficile interpretazione occorre sempre tenere presente la possibile evenienza di un'angiodisplasia (AD) del grosso intestino. Questa anomalia della rete venosa sottomucosa della parete intestinale, riferibile per lo più a processi degenerativi legati all'età, costituisce infatti circa il 20% delle cause di sanguinamento grave acuto o cronico, con un'incidenza pari a quella della malattia diverticolare del colon. Si tratta infatti di una patologia localizzata per lo più a livello del colon destro, nella quale la maggior parte delle lesioni interessano il cieco ed il colon ascendente (1, 2). Assai più raro è invece l'interessamento della sezione sinistra del colon, mentre è del tutto eccezionale la localizzazione retto-sigmoidea. A tale proposito gli autori riportano un caso clinico giunto alla loro osservazione, caratterizzato da rettorragia recidivante senza causa apparente, nel quale le lesioni angiodisplasiche interessavano la giunzione rettosigmoidea e l'ampolla rettale.

Caso clinico

Un paziente di 69 anni giunge alla nostra osservazione in urgenza per una rettorragia massiva accompagnata da sudorazione algida, vertigini ed astenia. Nella storia clinica erano riferiti due episodi simili anche se di minore entità nelle quattro settimane precedenti il ricovero.

Abstract

ANGIODYSPLASIA: AN UNUSUAL CASE OF RECTAL LOCALIZATION

The authors report a case of lower gastrointestinal hemorrhage in a 69-year-old male, in which the sequency colonoscopy-angiography identified the source of bleeding as a rare Angiodysplasia (AD) of the rectum. Such vascular abnormalities are one of the most common causes of major lower gastrointestinal tract bleeding in the elderly and usually occurs predominantly in the right side of the colon. The clinical presentation of Angiodysplasia is varied and accurate diagnosis usually requires a combination of diagnostic techniques such as colonoscopy and angiography. The optimal management is uncertain and should be individualized for each patient depending on severity and rate of rebleeding. A conservative medical approach is indicated for many patients, while endoscopic treatment does not seem modify the risk of recurrent bleeding. In case of massive hemorrhage or recurrent bleeding surgery still represents the definitive treatment for Angiodysplasia. However the risk of rebleeding following surgery is a considerable problem and varies in literature from 5% to 30%.

Key words: Angiodysplasia, lower gastrointestinal bleeding.

Pertanto il paziente era stato sottoposto a pancolonscopia ed EGDS che non avevano evidenziato alterazioni responsabili di un sanguinamento attivo. Al momento del ricovero gli esami ematochimici evidenziavano uno stato anemico con Hb = 6,9 g/dl e GR = 2.940.000; per tale motivo il paziente veniva trasfuso con tre sacche di eritrociti concentrati.

Una nuova colonscopia evidenziava un'accentuazione della trama vascolare a carico del sigma con due piccole lesioni angiomatoidi a circa 30 cm dal margine anale. Veniva quindi eseguita, in fase di sanguinamento, una angiografia selettiva delle arterie mesenteriche che evidenziava un quadro di normalità a carico dell'arteria mesenterica superiore ed un aspetto irregolare similangiodisplastico della rete capillare e degli ultimi rami sigmoidei e del distretto della emorroidaria superiore, con una precoce comparsa nella fase di ritorno di grosse vene di drenaggio (Fig. 1). Il paziente veniva quindi sottoposto ad intervento chirurgico.

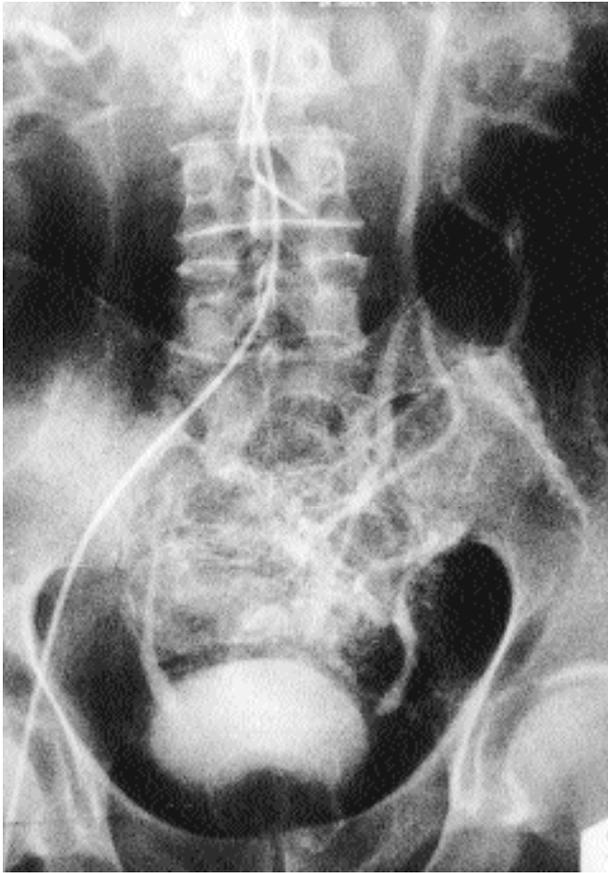


Fig. 1: Arteriografia selettiva dell'arteria mesenterica inferiore, che evidenzia l'aspetto angiodisplastico della rete capillare, con precoce comparsa di grosse vene di drenaggio.

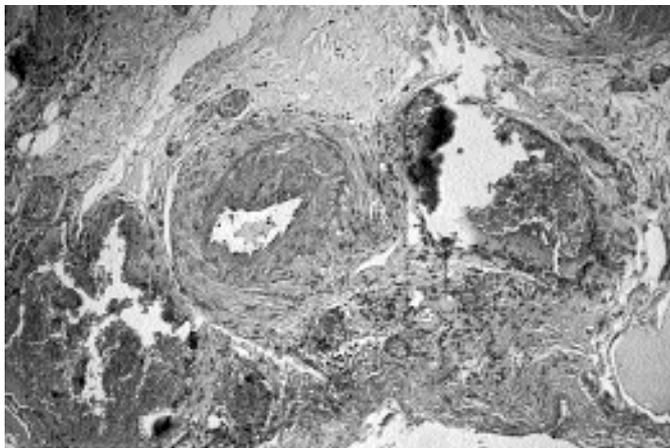


Fig. 2: Nodulo sottosieroso costituito da un'arteriola centrale con una corona di vasi congesti e vasi linfatici ectasici (Van Gieson-Wiegert, 100x).

co di resezione rettosigmoidea con ricostruzione rettocolica mediante anastomosi meccanica termino-terminale a 10 cm dal margine anale, realizzata mediante suturatrice circolare Premium CEEA-31 plus.

Il pezzo operatorio è stato fissato in formalina tamponata al 10% ed i prelievi sezioni effettuati sono stati inclusi in paraffina, sezionati ad uno spessore di 3 micron

e colorati con Ematossilina-Eosina, Weigert e Van Gieson-Weigert.

Microscopicamente la mucosa era sede di un intenso infiltrato flogistico linfomononucleato; nella sottomucosa e nel tessuto adiposo sottosieroso si evidenziava uno spiccato aumento dei vasi sanguigni arteriosi e venosi che, in molti punti, formavano dei noduli con un'associata linfangiectasia ed, in altri punti, presentavano evidenti tragitti fistolosi. I noduli erano talvolta sporgenti verso la cavità libera dell'addome apparendo costituiti da un'arteriola centrale ed una corona di vasi linfatici e venosi ectasici ed estremamente congesti (Fig. 2). Erano inoltre presenti stravasi emorragici nell'ambito del tessuto adiposo sottosieroso.

Il decorso post-operatorio è stato regolare ed a 3 anni di distanza dall'intervento non si è verificato alcun nuovo episodio di rettorragia.

Discussione

L'angiodisplasia è responsabile di circa il 20% delle emorragie digestive basse, ed è verosimile affermare che molti dei casi di sanguinamento in passato attribuiti alla malattia diverticolare, fossero in realtà riconducibili alla presenza di lesioni angiodisplastiche del grosso intestino. Dal punto di vista prospettico questa patologia ha una prevalenza del 0,2-2,9% nella popolazione sana adulta (1).

L'etiopatogenesi della AD non è stata ancora completamente definita, anche se l'ipotesi più accreditata è quella secondo cui essa sarebbe il risultato di processi degenerativi della vascolarizzazione sottomucosa correlati all'età. Nell'anziano si osserverebbe infatti un'alterazione del tessuto connettivo del grosso intestino con diminuzione della portata delle vene sottomucose che tenderebbero nel tempo a dilatarsi (3). In accordo con questa teoria è la constatazione che l'AD è una malattia tipica dell'età avanzata; in letteratura infatti è descritto un solo caso di sanguinamento da AD in un giovane di 21 anni (4) ed alcuni casi in pazienti con età inferiore ai 50 anni; per queste rare forme è stata prospettata l'origine congenita delle lesioni (3).

Per quanto riguarda la localizzazione delle lesioni, esse sono distribuite prossimalmente alla flessura epatica nel 75% dei casi. La loro prevalenza a carico del colon destro è stata attribuita al maggior diametro del viscere e quindi ai maggiori valori pressori che si generano a tale livello. Le contrazioni peristaltiche causerebbero infatti una ostruzione periodica della rete venulo-capillare sottomucosa ed una perdita cronica della funzione sfinteriale precapillare. Ciò determinerebbe una progressiva dilatazione angiomatica della rete vascolare con ingorgo venoso e facile sanguinamento acuto. Nonostante queste considerazioni, alcune osservazioni cliniche riferiscono come le localizzazioni a livello del colon sinistro sembrano essere più frequenti di quanto ritenuto in passato (1).

L'esatta localizzazione e l'estensione delle lesioni angiodisplastiche possono essere di difficile definizione e richie-

dere pertanto più indagini strumentali. Per una diagnosi corretta è necessario dimostrare sia il sanguinamento attivo delle lesioni angiodisplasiche, sia escludere altre possibili cause di emorragia.

La maggior parte delle lesioni può essere diagnosticata mediante la pancoloscopia, che ha una sensibilità dell'80-85% (1, 2, 3, 5): le lesioni appaiono come ciuffi vascolari del diametro di 5-10 mm e di colorito rosso vivo. In questi casi il clisma opaco a doppio contrasto può soltanto escludere altre cause di sanguinamento. Ma in un numero significativo di pazienti è l'angiografia selettiva dei vasi mesenterici che diviene risolutiva, anche se in genere questo esame è considerato complementare alla coloscopia. In fase arteriosa si possono documentare sanguinamenti gastrointestinali di almeno 0,5-1 mL/min., ma solo in alcuni casi (6-20%) si osserva lo stravasamento diretto del m.d.c. nel lume intestinale. L'aspetto più comune, e per solito patognomnico dell'angiodisplasia, è costituito dalla tortuosità ed irregolarità del circolo capillare con lenta opacizzazione di venule intramurali dilatate e precoce ritorno venoso (60-90%). La storia naturale delle lesioni angiodisplasiche è alquanto variabile: pur potendo rimanere asintomatiche, sono per lo più causa di sanguinamento cronico-intermittente con anemizzazione secondaria, che, nei casi più gravi, può assumere le caratteristiche del sanguinamento massivo. Il rischio emorragico di lesioni evidenziate incidentalmente in corso di coloscopia risulta invece basso, almeno nel breve-medio periodo (1, 3).

Per quanto riguarda il trattamento, esso è generalmente conservativo nei casi di sanguinamento modesto, nei quali il quadro emodinamico è per solito stabile, mentre nei pazienti con sanguinamento massivo e/o ricorrente sono state proposte diverse opzioni terapeutiche variamente invasive. In questi casi, infatti, sia per la gravità assai frequente dell'episodio emorragico, sia per le alte probabilità di recidiva, si impone un trattamento che richiede un approccio individuale basato sulla severità e sul numero dei sanguinamenti. L'infusione intraarteriosa di vasopressina può risultare utile come misura d'emostasi temporanea con una percentuale di successi del 70-90% (3), ed è una procedura che consente di stabilizzare il paziente prima del trattamento definitivo. Questo può articolarsi mediante diverse tecniche di trattamento endoscopico quali la coagulazione mono-bipolare, la fotocoagulazione laser e la scleroterapia (2, 9, 11).

Pur trattandosi di procedure caratterizzate da percentuali di successo che variano attorno al 75% (2, 9) e da una morbilità ridotta, le esperienze cliniche sono limitate e non vi è alcuna dimostrazione che esse siano in grado di modificare la storia naturale delle lesioni. Si sono infatti osservate percentuali di recidiva del 34% dopo il primo anno e del 53% dopo tre anni (2), con un rischio di nuovo sanguinamento sovrapponibile a quello osservato dopo trattamento conservativo.

Il trattamento risolutivo può quindi essere soltanto chirurgico: esso è indicato soprattutto in caso di emorragie

massive o recidivanti o in caso di sanguinamenti successivi alle metodiche conservative endoscopiche. Al fine di ridurre il rischio di recidive emorragiche devono tuttavia essere tenute in considerazione due regole guida: l'intervento chirurgico deve essere mirato, dopo avere identificato con certezza le lesioni sanguinanti, e deve essere ben definita l'estensione delle lesioni in modo che la resezione sia sufficientemente ampia.

Nonostante questo, la percentuale di recidive dopo l'intervento chirurgico può essere significativa: essa infatti varia in letteratura tra il 5% ed il 30% (2, 3). La coesistenza di una malattia diverticolare a carico del colon sinistro, invece, non influenza in genere l'estensione della resezione. Nel caso da noi osservato, in considerazione della localizzazione rettosigmoidea delle lesioni, è stata eseguita una resezione estesa prossimalmente fino alla porzione discendente della flessura splenica e distalmente all'ampolla rettale in modo che la ricostruzione retto-colica cadesse in tessuto certamente esente da alterazioni angiodisplasiche. Da quanto riferito si può concludere che, in caso di emorragia digestiva bassa di difficile interpretazione, e soprattutto nei pazienti anziani, occorre sempre considerare la possibilità di un'angiodisplasia del grosso intestino. La valutazione dell'esistenza e dell'estensione delle lesioni angiodisplasiche non può prescindere da uno studio mediante la sequenza coloscopia-angiografia. In caso di recidive emorragiche intercorrenti o di emorragia grave l'indicazione terapeutica è soltanto chirurgica. La resezione intestinale deve essere ampia ed estesa oltre i limiti delle lesioni angiograficamente dimostrabili, al fine di ridurre il rischio di recidiva emorragica a distanza.

Riassunto

Gli autori riportano un caso clinico giunto alla loro osservazione, caratterizzato da rettorragia recidivante da lesioni angiodisplasiche a rara localizzazione rettosigmoidea. L'angiodisplasia (AD) del grosso intestino è responsabile di circa il 20% delle emorragie digestive basse dell'anziano e nella maggior parte dei casi (75%) le lesioni sono localizzate prossimalmente alla flessura epatica. L'esatta localizzazione e l'estensione delle lesioni può essere di difficile definizione e richiede uno studio accurato basato in genere sulla sequenza coloscopia-arteriografia. La storia naturale dell'angiodisplasia è alquanto variabile ed il suo trattamento richiede un approccio individuale basato sulla severità ed il numero dei sanguinamenti.

In caso di emorragie massive o ricorrenti il trattamento risolutivo può essere soltanto chirurgico. Al fine di ridurre il rischio di recidive, la resezione deve essere mirata, dopo avere identificato con certezza le lesioni sanguinanti. Tuttavia, nonostante resezioni sufficientemente estese, la percentuale di recidive riportate in letteratura varia tra il 5% ed il 30%.

Parole chiave: Angiodisplasia, emorragia digestiva bassa.

Bibliografia

- 1) Foutch P.G., Rex D.K., Lieberma D.A.: *Prevalence and natural history of Colonic Angiodysplasia among healthy asymptomatic people*. AJG, 90(4):564-566, 1995.
- 2) Ritcher J.M., Christensen M.R., Colditz G.A., Nishioka N.S.: *Angiodysplasia: natural history and efficacy of therapeutic interventions*. Digestive Diseases and Sciences, 34(10):1542-1546, 1989.
- 3) Sharma R., Gorbien M.J.: *Angiodysplasia and lower gastrointestinal tract bleeding in elderly patients*. Arch Intern Med, 155(8):807-812, 1995.
- 4) Greason K.L., Acosta J.A., Magrino T.J., Choe M.: *Angiodysplasia as the cause of massive lower gastrointestinal hemorrhage in a young adult*. Dis Colon Rectum, 39:702-704, 1996.
- 5) Foutch P.G.: *Gastrointestinal Angiodysplasia*. Gastroenterologist, 5(2):148-156, 1997.
- 6) Bergamaschi E., Sgroi G., Pecis A., Lovaria A.: *L'approccio diagnostico all'Angiodisplasia del colon*. Società Italiana di Chirurgia-95° Congresso Nazionale-Milano, 17-20 Ottobre 1993.
- 7) Trendell-Smith N.J., Warren B.F., Sheffield E.A., Durbey R.J.: *An unusual case of colonic Angiodysplasia*. Clin Pathol, 48(3):272-275, 1995.
- 8) Gupta N., Longo W.E., Vernava A.M.: *Angiodysplasia of the lower gastrointestinal tract: an entity readily diagnosed by colonoscopy and primarily managed non operatively*. Dis Colon Rectum, 38(9):979-982, 1995.
- 9) Noveau S., Leger-Ravet M.B., Houdayer C., Dedossa P., Lemaigre G., Chaput J.C.: *Nonhereditary colonic Angiodysplasia: histomorphometric approach to their pathogenesis*. Digestive Diseases and Sciences, 40:839-842, 1995.
- 10) Belaiche J., Van Kemseke C., Louis E.: *Use of enteroscope for colo-ileoscopy: low yield in unexplained lower gastrointestinal bleeding*. Endoscopy, 31(4):298-301, 1999.
- 11) Krevsky B.: *Detection and treatment of Angiodysplasia*. Gastrointest Endosc Clin N Am, 7(3):509-524, 1997.
- 12) Bemvenuti G.A., Julich M.M.: *Ethanolamine injection for sclerotherapy of Angiodysplasia of the colon*. Endoscopy, 30(6):564-569, 1998.
- 13) Lala A.K., Siteram V., Perakath B., Mathew G., Kurian G., Khanduri P.: *Diagnosis and management of gastrointestinal Angiodysplasia*. Trop Gastroenterol, 19(3):122-124, 1998.

Commento

Commentary

Prof. Antonio RUSSO

Ordinario Chirurgia Endoscopica
Università di Catania

Le angiodisplasie del colon (AD) sono state riconosciute, sempre più frequentemente, come cause di sanguinamento del tratto basso del tubo digerente.

Il caso clinico presentato offre lo spunto per fare alcune considerazioni su due punti particolari; la prevalenza delle forme asintomatiche di AD e le scelte terapeutiche da adottare.

La prevalenza delle forme asintomatiche è più elevata di quella riportata e varia a seconda che si considerino i dati forniti dalla colonscopia, dalla angiografia o dalla ricerca sistematica condotta su colon resecati. La prima indagine, eseguita nell'ambito di campagne di screening per il ca. del colon ha accertato una prevalenza dello 0.83% mentre la seconda, realizzata per altre patologie coliche, ha individuato AD nel 3.6% dei pazienti studiati.

È stato visto infine, mediante la iniezione intravascolare di resina in colon resecati, che AD sono presenti nel 25% dei soggetti di età superiore ai 60 anni.

Quanto al trattamento l'approccio endoscopico (soprattutto laser, heater-probe, BICAP), ha dimostrato di possedere, in esperienze più recenti (1) di quella riportata in bibliografia, un elevato potere terapeutico sia a breve che a lungo termine. Anche se sono richieste in media 1.4 applicazioni per arrestare l'evento emorragico solo il 18% delle AD, ed in particolare quelle multiple, risanguinano e richiedono una terapia chirurgica. Nello stesso lavoro viene detto tra l'altro che il 20-39% dei pazienti sottoposti a chirurgia vanno incontro a risanguinamenti.

L'indicazione alla terapia chirurgica non deve essere quindi posta come scelta di prima istanza ma è necessaria quando non si dispone di un endoscopista esperto che sappia affrontare il problema in maniera globale; nei casi in cui il sanguinamento continui nonostante la realizzazione di una corretta terapia endoscopica; o infine se il trattamento endoscopico non è realizzabile per motivi di ordine tecnico (lesioni troppo ampie o multiple).

Colonic angiodysplasias (Ads) are being recognized with increasing frequency as a cause of G.I. hemorrhage.

The authors report the case of a patient with a such disease who allows us to make some considerations on two particular aspects: the prevalence of ADs in asymptomatic people and the therapeutic approach.

The prevalence of Ads are different if we consider colonoscopic or angiographic diagnosis or if we examine the results obtained in pathologic studies. Colonoscopic screening, performed in healthy people, in asymptomatic patients found that 0.83% of individuals had Ads detected. While angiographic studies, in patients evaluated for reasons other than bleeding, demonstrated a prevalence of 3.6%.

The prevalence of Ads of the right colon can be found by injection studies in resected colons in more than 25% of persons older than 60 years.

As regard as the treatment the endoscopic approach (above all Laser, heater-probe, BICAP) showed, in more recent studies (1) than that reported in the paper, to play a pre-eminent therapeutic role even if it is necessary to perform a mean of 1.4 treatment sessions for stopping bleeding. Only 18% of followed patients rebled and needed surgical therapy. Moreover in the same paper is reported that 20-39% of resected patients rebled at different time from surgery. For these reasons surgery can not be considered the first line therapeutic approach to Ads but it remains the treatment of choice if an expert endoscopist is not available; if the bleeding continues and finally if the endoscopic ablation has been unsuccessful or is not feasible for technical reasons (large or many lesions).

1) Jensen D., Machicando G.: *Management of severe lower gastrointestinal bleeding*. In Barkin J., O'Phalan C. Eds., *Advanced therapeutic endoscopy*. Ed. 2, New York Raven Press, 1994, pp. 201-208.

Autore corrispondente:

Dott. Giuseppe MONTESANO
Via Michele di Lando, 48
00162 ROMA

