

Il sangue nelle feci

Costantino De Giacomo, S.C. di Pediatria, A.O. Niguarda Cà Granda, MILANO

costantino.degiacomo@ospedaleniguarda.it

Il sanguinamento digestivo basso (originato al disotto del Treitz) costituisce quasi sempre un evento patologico anche in età pediatrica e, sebbene la valenza oncologica sia ridottissima rispetto all'età adulta, rappresenta un criterio di allarme che deve portare alla corretta identificazione diagnostica della causa. E' opportuno definire correttamente le possibili modalità di presentazione e le rispettive definizioni.

Ematochezia o rettorragia: Indica la presenza di sangue rosso vivo o più scuro (coaguli) dall'ano, isolato o commisto a feci e/o muco.

Diarrea muco ematica: Indica la presenza di alvo diarroico misto a muco, sangue più o meno rosso e a volte coaguli. E' indizio di lesioni infiammatorie della mucosa retto colica.

Melena: emissione di feci picee, liquide o semiliquide, particolarmente maleodoranti, frequentemente dovuta ad una lesione del tratto digestivo superiore.

Sanguinamento acuto: Episodio di sanguinamento digestivo clinicamente evidente a carattere di acuzie, sia come esordio che come risoluzione, nel bambino solitamente spontanea. Nei casi più severi, generalmente a carico del tratto digestivo superiore, è spesso associato a compromissione emodinamica.

Sanguinamento acuto-ricorrente: Ricorrenza nello stesso paziente di più episodi con le caratteristiche sopra descritte.

Sanguinamento occulto (cronico): Sanguinamento non manifesto clinicamente, ma scoperto tramite positività del sangue occulto.

Sanguinamento oscuro: Sanguinamento persistente o ricorrente, di origine sconosciuta anche dopo le opportune indagini endoscopiche del tratto digestivo superiore e inferiore.

ETIOPATOGENESI E APPROCCIO CLINICO

Le cause di sanguinamento digestivo inferiore sono molteplici, a volte locali, a volte sistemiche, con o senza compromissione clinica e spesso riconoscono nell'età del bambino etiologie estremamente diverse (Tab.1). Proprio per questi motivi sono importanti dal punto di vista clinico, una anamnesi mirata ad evidenziare familiarità per malattie emorragiche, vascolari, MICI, l'età del paziente, la durata dei sintomi, l'esistenza di allergie, di una storia di assunzione di farmaci o di abuso sessuale.

Nell'approccio clinico è importante, una volta gestita l'eventuale urgenza legata ad una poco probabile instabilità emodinamica, distinguere la RETTORRAGIA dalla DIARREA MUCOEMATICA. L'emissione di sangue rosso vivo isolato o associato all'emissione di feci solide e dolore all'evacuazione può orientare verso il sospetto di ragade o fissurazione anale; l'ematochezia isolata può essere considerata una manifestazione frequente di anomalie vascolari (emangiomi e angiodisplasie) e dei polipi. A livello clinico grande attenzione andrà posta all'ispezione anale (arrossamento, pliche, ragadi) e all'esplorazione rettale (fecalomi o polipi).

Nel bambino la diarrea muco-ematica acuta è in prima battuta da considerare una patologia infettiva, di verosimile origine batterica (Salmonella, Campylobacter, Yersinia, ...in ordine di frequenza), ma in caso di ricorrenza o persistenza (più di 1-2 settimane di durata) associata a tenesmo, coliche addominali, febbre e scadimento delle condizioni generali, essa è caratteristica delle malattie infiammatorie croniche intestinali,

su base allergica o idiopatica (MICI), delle vasculiti (porpora di Schönlein-Henoch e la s.uremico emolitica) e della colite da Clostridium difficile).

Una considerazione a parte merita il diverticolo di Meckel le cui manifestazioni cliniche possono essere considerate eterogenee: emorragia massiva, ematochezia intermittente, quadro di diverticolite.

All' esame obiettivo è importante ricercare i seguenti segni:

- Segni di compromissione del circolo
- Lesioni purpuriche (Shönlein-Henoch) o ecchimosi
- Pigmentazioni labiali o buccali di Peutz-Jaegers
- Epatosplenomegalia
- Pliche sentinella, ragadi, fistole all' ispezione
- Fecalomi, polipi all' esplorazione anorettale

Il work-up diagnostico si avvale di indagini di laboratorio, come:

- Emocromo e FL
- Indici di flogosi (VES, PCR, calprotectina fecale)
- Indagini microbiologiche (batteri e parassiti fecali)
- Indagini allergologiche (Skin prick tests, IgE Tot, IgE RASTs, Patch tests)

Possono essere, su base clinica, indicate indagini radiologiche, come l' Rx diretto (in caso di sospetta ostruzione) o ecografiche (invaginazione, ileite), ma nel caso di ricorrenza/cronicità, è obbligatoria l' esecuzione di una ileocolonscopia con biopsie, nel caso di una patologia infiammatoria, oppure con polipectomia, nel caso di un o più polipi.

In casi specifici, di fronte alla ricorrenza del sintomo e alla negatività della indagini endoscopiche, può essere utile lo studio endoscopico del piccolo intestino mediante videocapsula, la ricerca della area emorragica mediante angiografia mesenterica selettiva oppure scintigrafia con globuli rossi marcati.

Terapia e follow-up sono ovviamente dipendenti dalla diagnosi.

BIBLIOGRAFIA

G. Di Nardo, S. Isoldi, M. Lima. Ematochezia, da: Manuale SIGENP di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2014, pag. 35-38.

C. De Giacomo, P. Gandullia. Definizioni, etiopatogenesi, inquadramento, segni e sintomi del sanguinamento gastrointestinale superiore e inferiore. CONSENSUS STATEMENT SIGENP SUL SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE IN ETÀ PEDIATRICA, Area Qualità Editore, Milano 2005, pag. 11-18.

Tab. 1. PRINCIPALI CAUSE DI EMORRAGIA DIGESTIVA INFERIORE IN BASE ALL' ETA', ALLE CONDIZIONI GENERALI E ALL' ENTITA' DEL SANGUINAMENTO (dal Manuale SIGENP di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica)

	Condizioni cliniche scadenti	Condizioni cliniche buone	
		Emorragia grave	Emorragia lieve
Infanzia	<ul style="list-style-type: none"> • Colite infettiva • Enterocolite necrotizzante • Enterocolite di Hirschsprung • Volvolo intestinale 	<ul style="list-style-type: none"> • Diverticolo di Meckel 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestione di sangue • Fissurazione/ragade anale • Intolleranza alle proteine del latte • Proctocolite eosinofila • Colite infettiva • Iperplasia nodulare linfoide
2-5 anni	<ul style="list-style-type: none"> • Invaginazione • Febbre tifoide • Volvolo intestinale • Porpora di Schönlein-Henoch • Sindrome emolitico uremica 	<ul style="list-style-type: none"> • Diverticolo di Meckel • Polipo giovanile • Rettocolite ulcerosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Colite infettiva • Polipo giovanile • Fissurazione/ragade anale • MICI • Iperplasia nodulare linfoide • Anite streptococcica • Prolasso rettale • Ulcera solitaria del retto
>6 anni	<ul style="list-style-type: none"> • Colite infettiva • Febbre tifoide • Rettocolite ulcerosa • Porpora di Schönlein-Henoch • Ischemia intestinale 	<ul style="list-style-type: none"> • Rettocolite ulcerosa • Diverticolo di Meckel 	<ul style="list-style-type: none"> • Colite infettiva • MICI • Polipo giovanile • Emorroidi • Trauma rettale/abuso