

Atti 113° congresso SIC 2011

Topic: CASI CLINICI

Autori: LUDOVISI MARIA GABRIELLA, TESTI WALTER, COLASANTO GIUSEPPINA, VARRONE FABRIZIO - SIENA

Istituzione: DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA UNIVERSIT DEGLI STUDI DI SIENA

Relatore: COLASANTO GIUSEPPINA (SIENA)

E-Mail Relatore: mykene@libero.it

Titolo Comunicazione:

UN CASO DI COLITE ISCHEMICA SINISTRA NON OCCLUSIVA

Gli Autori presentano un caso di colite ischemica non occlusiva.

L'ischemia mesenterica è una causa relativamente poco comune di dolore addominale, ma gravata da una significativa mortalità. Ci sono molte varianti di ischemia mesenterica: acuta, cronica, occlusiva, non occlusiva, riacutizzata. La causa più frequente è chiaramente la lesione occlusiva dei vasi mesenterici e comunque il mancato compenso tra la mesenterica superiore ed inferiore. Tra i vari tipi di colite ischemica la più difficile da diagnosticare è quella non occlusiva che nella maggior parte dei casi è associata a condizioni di ipovolemia e/o di vasospasmo in pazienti in trattamento farmacologico con antipertensivi e diuretici. La TC, la RM e la endoscopia concorrono alla formulazione diagnostica, ma la diagnosi certa necessita di conferma istologica. La regressione delle lesioni è possibile solo mediante la correzione dei fattori predisponenti, mediante l'adeguamento della terapia farmacologica.

Il nostro caso riguarda una donna di 79 anni ricoverata presso la nostra U.O. per proctorragia e dolore addominale. All'anamnesi riferisce ipertensione arteriosa da circa 20 anni trattata con calcio-antagonisti e diuretici. Da circa 30 anni affetta da orticaria cronica in trattamento con antistaminici anti-H1 e con fluoxetina per sindrome depressiva.

All'esame TC dell'addome eseguito in regime di urgenza risultava sospetto di colite ischemica interessante la flessura splenica ed il colon discendente con pervietà dei rami della mesenterica superiore ed inferiore. Viene eseguita una retto-sigmoidoscopia urgente che mostrava malattia diverticolare del sigma, flogosi della mucosa del discendente compatibile con sofferenza ischemica. L'esame istologico delle biopsie effettuate descriveva materiale necrotico da fondo di ulcera, flogosi cronica produttiva, ipotrofia ghiandolare e fibrosi della tonaca propria, compatibilmente con quadro clinico di colite ischemica. Pertanto si instaurava una terapia reidratante unitamente a terapia antitrombotica con Dalteparina. Dopo otto giorni, con completa regressione della proctorragia e persistenza di lieve dolore in fossa iliaca sinistra, all'RM persisteva moderato ispessimento delle pareti del colon sinistro (dalla flessura splenica, compresa, fino alla giunzione con il sigma), per manifestazioni edemigene prevalentemente a carico della sottomucosa, in relazione a possibile condizione di riperfusione post-ischemica. Minima imbibizione edemigena dei foglietti di riflessione peritoneale in doccia parietocolica sinistra. Dopo un mese la colonscopia di controllo descriveva mucosa del discendente distale con aree di aspetto assottigliato, discromiche riferibili ad aree cicatriziali. Normale la mucosa dei restanti tratti colici esplorati. Le biopsie eseguite al cieco evidenziavano iperplasia della mucosa, al discendente distale lieve atrofia ghiandolare e lieve fibrosi della lamina propria.