

Caso Clinico N. 8 - novembre 2005

femmina, aa. 86

Anamnesi patologica.

precedenti anamnestici non rilevanti.

- maggio 2000: frattura del collo del femore sinistro - trattamento protesico
- 31 agosto 2000: ricovero ospedaliero per sospetto ictus
- 5 settembre 2000: dimissione con diagnosi di TIA - attacchi ischemici transitori vertebro-basilari. Trattamento domiciliare con enoxaparina sodica (Clexane 2000 UI) e acido acetilsalicilico (ascripin 1 c\die)

Esordio della malattia attuale: 6 settembre 2000

La P. qualche ora dopo la dimissione dall'ospedale comincia ad accusare violenti dolori addominali, nausea e vomito. Poichè la situazione va a peggiorare la P. viene nuovamente ricoverata d'urgenza.

Esame obiettivo

Soggetto sofferente, facies ippocratica, disidratazione, tachicardia. L'addome è disteso, sono evidenti movimenti peristaltici ("*masse fantasma*"); alla palpazione esso è scarsamente trattabile per tensione della parete, dolorabile su tutti i quadranti; alla percussione timpanismo diffuso; all'auscultazione diffusi borborigmi a tonalità metallica. All'esplorazione rettale: alvo vuoto, discreta dolorabilità del Douglas.

Esami diagnostici

Rx a vuoto dell'addome: numerosi e diffusi livelli idro-aerei ileali.

Ecotomografia addominale: un'ansa ileale a pareti ispessite (immagine di difficile definizione per presenza di gas).

Esami ematochimici.

Provvedimenti terapeutici

Infusione venosa di soluzioni saline e glucosate e di ranitidina cloridrato (Zantac); enoxaparina sodica (Clexane); sondino naso-gastrico; catetere vescicale.

Dopo 24 ore (1° giornata di ricovero)

Condizioni generali migliorate. L'addome è lievemente deteso e meno dolorabile, peristalsi ancora vivace. Discreto drenaggio gastrico, alvo chiuso, diuresi sufficiente. Rx addome a vuoto: presenti ancora livelli. Rx con contrasto idrosolubile (gastrografin) dimostra stop di ansa ileale presumibilmente distale.

Confermata la diagnosi di occlusione ileale si decide intervento chirurgico, che viene eseguito dopo trattamento preoperatorio adeguato nella seconda giornata di ricovero (48 ore dall'esordio).

Intervento chirurgico (Fig. 1)

Laparotomia mediana sopra e sotto-ombelicale. Si reperta:

- importante versamento ascitico (1000 ml), che è aspirato;
- approssimativamente a livello del tratto medio dell'ileo, invaginazione ileo-ileale, con dilatazione a monte delle anse.

Si riesce a svaginare il segmento invaginato: questo non risulta compromesso in modo serio dal punto di vista vascolare e presenta al suo estremo distale (testa dell'invaginazione) una formazione nodulare di circa 3 cm di diametro, presumibile causa dell'invaginazione. Resezione ileale di circa 25 cm. Controllo delle condizioni nutritive-vascolari dei monconi; anastomosi ileo-ileale termino-terminale (TT) con sutura manuale doppio strato in materiale riassorbibile. Sutura della breccia mesenterica. Toilette del cavo peritoneale. Controllo dell'emostasi. Sutura a strati della parete addominale.



Fig. 1

All'apertura del pezzo operatorio si conferma la presenza di formazione nodulare sottomucosa di circa 3 cm, aggettante nel lume e ombelicato, di colore bruno come da infarcimento emorragico.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

Nelle due ultime figure è bene evidente la formazione nodulare, agente invaginato, ed è osservabile la netta differenza tra la porzione invaginata di colore rosso-vinoso e i due estremi del segmento resecato che sono di aspetto e vascolarizzazione normali.

Esame istologico

Dopo fissazione in soluzione di formalina al 10% si prelevano 8 campioni di parete e di neof ormazione polipoide per l'inclusione in paraffina. Sezioni istologiche allestite colorate con ematossilina-eosina.

Si osserva una diffusa infiltrazione emorragica di tutto lo spessore della parete localizzato soprattutto alla sottomucosa, particolarmente in corrispondenza della formazione polipoide; è presente anche necrosi della mucosa. Si associa periviscerite fibrinosa. I margini di resezione prossimale e distale sull'ileo cadono in tessuti indenni.

Diagnosi istopatologica. Infarcimento emorragico dell'intestino tenue in iniziale fase ulcerativa della mucosa.

Decorso post-operatorio

Il d.p.o. è stato caratterizzato da lento ricupero, che, anche data l'età avanzata, ha comportato discreto impegno. Tuttavia l'alvo si è regolarizzato in V° giornata e anche la ripresa dell'alimentazione si è gradualmente regolarizzata. Il decorso è stato caratterizzato da manifestazioni emorragiche comparse a partire dalla VI-VII giornata: vasta ecchimosi sottocutanea del dorso, stillicidio dai margini della ferita, raccolta ematica sotto la sutura cutanea laparotomica (facilmente evacuata).

La P., guarita ed in ottime condizioni generali, è dimessa in 28° giornata del decorso postoperatorio.

La p., attualmente novantunenne, si mantiene in ottime condizioni generali, fisiche e mentali. Non si sono più manifestati segnali patologici nè a livello centrale nè a quello gastroenterologico

Commento

Il caso presentato ha alcune caratteristiche che appaiono interessanti. Mentre sono descritti fenomeni di intussuscezione dovuti a neoformazioni che, comportandosi come corpi estranei, sollecitano la peristalsi intestinale ad espellerli e nella loro spinta in senso oro-aborale si trascinano dietro il cilindro intestinale soprastante, non risulta segnalato un ematoma come agente invaginato.

Tale è stata infatti la conclusione che chirurghi e patologi hanno tratto sulla natura della lesione osservata in questo caso. Infatti l'esame istologico non ha dimostrato alcuna struttura riconoscibile, sia pure come residuo superstite, ad eccezione di materiale ematico.

L'uso (l'abuso?) di farmaci anticoagulanti e antiaggreganti massivamente (e correttamente) impiegati per contrastare gli effetti ed un eventuale, ulteriore sviluppo del TIA potrebbe spiegare l'evento emorragico, manifestatosi in maniera piuttosto improbabile in un sito ben localizzato nella sottomucosa di un segmento ileale.

In poche parole si sarebbe verificata la complicità (intussuscezione) di una complicità (emorragia sottomucosa).

Questa ipotesi sarebbe ancora suffragata dalle successive manifestazioni emorragiche verificatesi nel decorso post-operatorio, nel corso del quale si rese comunque necessaria la profilassi antitrombotica.
