

Pseudoaneurisma dell'arteria splenica: insolito caso di emorragia gastrointestinale in paziente con pancreatite cronica

R. MALATESTI, F. CORATTI, V. BORGOGNI, C. RICCI¹, M. CINI¹, M. LO GATTO, G. MARZOCCA, W. TESTI, F. TANI, A. CORATTI²

RIASSUNTO: Pseudoaneurisma dell'arteria splenica: insolito caso di emorragia gastrointestinale in paziente con pancreatite cronica.

R. MALATESTI, F. CORATTI, V. BORGOGNI, C. RICCI, M. CINI, M. LO GATTO, G. MARZOCCA, W. TESTI, F. TANI, A. CORATTI

Uno pseudoaneurisma sanguinante in un paziente con pancreatite cronica è una complicazione rara ma potenzialmente letale. Questa diagnosi può essere molto difficile e il trattamento ideale rimane tutt'oggi controverso.

Descriviamo il caso di una donna di 80 anni con pancreatite cronica calcifica giunta alla nostra osservazione per enterorragia da pseudoaneurisma sanguinante dell'arteria splenica trattato con successo con embolizzazione angiografica.

SUMMARY: Splenic artery pseudoaneurysm: a rare case of gastrointestinal haemorrhage in a patient with chronic pancreatitis.

R. MALATESTI, F. CORATTI, V. BORGOGNI, C. RICCI, M. CINI, M. LO GATTO, G. MARZOCCA, W. TESTI, F. TANI, A. CORATTI

A bleeding pseudoaneurysm in patients with chronic pancreatitis is a rare and potentially lethal complication. This diagnosis may be very difficult and the optimal treatment remains controversial.

We report the case of 80 years old female with calcific pancreatitis and severe intestinal bleeding due to a pseudoaneurysm of the splenic artery treated with interventional radiographic embolization.

KEY WORDS: Arteria splenica - Pseudoaneurisma - Pancreatite - Emorragia gastrointestinale.
Splenic artery - Pseudo-aneurysm - Pancreatitis - Gastrointestinal haemorrhage.

Introduzione

Una complicanza rara ma molto pericolosa della pancreatite cronica è rappresentata dall'erosione enzimatica dei grossi vasi sanguigni peripancreatici che crea una comunicazione permanente tra questi e le pseudocisti già esistenti: ciò determina la formazione di pseudoaneurismi (1). Tale processo, nel caso in cui la pseudocisti drena nel dotto pancreatico principale, può dar luogo a sanguinamenti intestinali profusi ponendo una diagnosi differenziale difficile con le altre cause di emorragia gastroenterica.

L'embolizzazione per via angiografica negli eventi emorragici acuti è una tecnica meno invasiva rispetto all'approccio chirurgico, comunque efficace e che sta accogliendo largo consenso.

Caso clinico

Una paziente di 80 anni giunge alla nostra osservazione per enterorragia associata ad importante anemia. All'esame clinico si presenta in scadenti condizioni generali e in anamnesi non riferisce patologie degne di nota, ad eccezione di una storia di pancreatite cronica calcifica su base etilica diagnosticata da circa 10 anni. All'esame obiettivo, la paziente è vigile, orientata nel tempo e nello spazio, normotesa ma tachicardica e lievemente dispnoica; la cute e le mucose risultano pallide. L'addome si presenta incavato, trattabile su tutto l'ambito, non dolente alla palpazione superficiale e profonda; la peristalsi è vivace, in assenza di timbri metallici e l'alvo è aperto a feci frammiste a coaguli. All'esplorazione rettale non si rilevano masse patologiche in ampolla e nel canale anale; si riscontra invece la presenza di sangue rosso vivo misto a coaguli. I valori dell'esame emocromocitometrico (Hb 8 g/dl) impongono l'emotrasfusione.

Il quadro clinico ci sembra compatibile con un sanguinamento di origine colica; pertanto dopo preparazione intestinale viene praticata una colonscopia che tuttavia non evidenzia fonti certe di sanguinamento. La paziente continua a presentare evacuazioni di feci frammiste a coaguli e sangue rosso vivo, alternate a scariche di melena con progressiva anemia, conservando comunque un'emodinamica stabile.

Riteniamo utile praticare una EGDS che risulta normale sino alla seconda porzione duodenale, dove sono presenti residui ematici ed è possibile visualizzare, con l'utilizzo del duodenoscopio, un importante sanguinamento dalla papilla di Vater non accompagnato da bile o succo pancreatico. Si sottopone quindi la paziente a TC

Università degli Studi di Siena
Dipartimento di Chirurgia
U.O. Chirurgia Generale III

¹ U.O. Radiologia Universitaria, Sezione di Angiografia

² Ospedale "Misericordia" Grosseto, U.O. Chirurgia Generale

© Copyright 2010, CIC Edizioni Internazionali, Roma

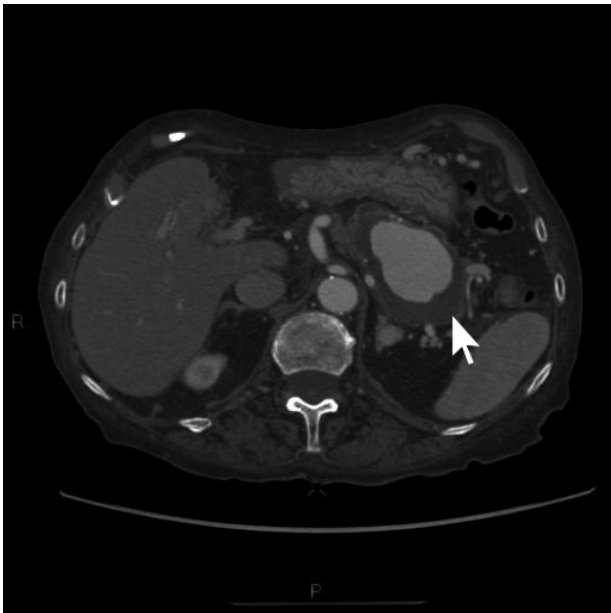


Fig. 1 - Pseudoaneurisma dell'arteria splenica.



Fig. 2 - Ricostruzione TC 3D dello pseudoaneurisma.

addominale con mezzo di contrasto che mostra una grossolana formazione mista con contenuto ematico in corrispondenza del corpocoda del pancreas attribuibile a pseudoaneurisma dell'arteria splenica; è inoltre presente materiale ematico nelle raccolte pseudocistiche multiple localizzate nella porzione cefalica (Figg. 1, 2).

Per confermare la diagnosi e tentare al tempo stesso un approccio terapeutico, si decide di eseguire l'esame angiografico con cateterismo selettivo del tripode celiaco e superselettivo dell'arteria splenica. Tale procedura conferma la presenza del grossolano pseudoaneurisma dell'arteria splenica, evidenziando con precisione la breccia attraverso cui la lesione si rifornisce, e permette il posizionamento di spirali a valle ed a monte della breccia stessa con tecnica "sandwich", ottenendo in tal modo la completa esclusione della lesione pseudoaneurismatica.

Il decorso regolare, caratterizzato da stabilità dell'emocromo e scomparsa dell'enterorragia, permette la dimissione della paziente a quattro giorni dalla procedura angiografica; il controllo TC a distanza mostra una buona evoluzione del trattamento con conservazione della perfusione splenica (Fig. 3).

Discussione

Il sanguinamento da pseudoaneurisma di un'arteria viscerale è un'evenienza rara in pazienti con pancreatite cronica: infatti, sono più frequenti emorragie da diversa origine, quali l'ulcera peptica, la gastrite erosiva e le varici del fondo gastrico o dell'esofago.

Nella genesi di queste lesioni sono chiamati in causa essenzialmente tre meccanismi fisiopatologici (2):

1. un severo processo infiammatorio e il successivo spandimento di secreto che causa una lesione di un vaso arterioso pancreatico o peri-pancreatico;
2. l'erosione della parete di vasi peripancreatici da parte di una pseudocisti già formata;



Fig. 3 - Controllo TC a distanza dopo trattamento endoscopico.

3. la fistolizzazione nella parete intestinale di una pseudocisti cronica che può causare il sanguinamento dei vasi della mucosa (3, 4).

Le arterie più frequentemente coinvolte sono la splenica, le pancreaticoduodenali, la gastroduodenale e l'epatica (5).

Nel nostro caso riteniamo implicata come momento eziopatogenetico l'evoluzione di una grossa pseudocisti, già comunicante con il dotto di Wirsung, che cau-

sava l'erosione della parete dell'arteria splenica creando una soluzione di continuo con sanguinamento intracistico e conseguente emosucco.

Da un punto di vista clinico-diagnostico un sanguinamento massivo dalla papilla di Vater pone una diagnosi differenziale anche con un sanguinamento di origine colica, in quanto il sangue che arriva in ampolla può essere in parte coagulato e in parte digerito e l'aspirazione tramite sondino naso gastrico può essere negativa. L'errato indirizzo verso una patologia di tipo colico può quindi ritardare pericolosamente la diagnosi.

L'EGDS può rivelarsi utile nella fase diagnostica, evidenziando l'"emosucco" ed escludendo altri sanguinamenti dal tratto digestivo superiore, ma non lascia spazio a trattamento terapeutico; lo stesso limite presenta la TC, che può definire con accuratezza la sede della lesione e risulta essere assai utile soprattutto per quei pazienti che vanno incontro a procedura chirurgica.

L'esame ritenuto "gold-standard" per la diagnosi di pseudoaneurisma sanguinante è comunque l'arteriografia selettiva, procedura che, consentendo al tempo stesso un trattamento terapeutico di emergenza, si è posta negli ultimi anni come valida alternativa alla chirurgia tradizionale. L'embolizzazione per via angiografica presenta una mortalità decisamente minore (4-12%) rispetto al trattamento chirurgico in regime d'urgenza, per il quale viene riportato in letteratura un valore del 33% (6). Inoltre, è una tecnica riproducibile, che non necessita di anestesia generale, permette di ridurre i tempi di ospedalizzazione rispetto alla chirurgia tradizionale (10,3 giorni di media contro 17,2) a fronte di una buona percentuale di emostasi definitiva (79-100% secondo le varie casistiche) (2). Nonostante questi risultati incoraggianti, alcuni Autori (3, 7) ritengono comunque che l'intervento chirurgico sia il trattamento di scelta per gli pseudoaneurismi sanguinanti.

Il trattamento chirurgico di emergenza, il cui fine è esclusivamente quello di raggiungere un'emostasi tale da

permettere il mantenimento della stabilità emodinamica, può essere spesso molto difficoltoso in quanto non è sempre possibile ottenere un controllo soddisfacente del sanguinamento con la sutura diretta del vaso dall'interno della pseudocisti; in alcuni casi può rendersi necessaria una resezione pancreatica. Inserendosi in un contesto di instabilità del paziente, quest'ultima procedura è gravata da un rischio perioperatorio molto più elevato rispetto a quando è condotta in elezione; inoltre, il quadro locale di pancreatite cronica severa, spesso calcifica, espone il paziente ad una più alta incidenza di complicanze locali (fistole pancreatiche, recidive di pseudocisti, deiscenze anastomotiche).

Pertanto la nostra condotta terapeutica, in accordo anche con i dati riportati in letteratura, ci è parsa la più idonea e consona all'età della paziente ed al grave quadro di ammissione.

Conclusioni

L'emorragia da pseudoaneurisma nei pazienti con pancreatite cronica è un'evenienza rara, spesso misconosciuta, ma molto pericolosa se non diagnosticata in tempo; perciò, deve essere posta in diagnosi differenziale con le più frequenti cause di emorragia gastrointestinale.

A tutt'oggi l'arteriografia selettiva è ritenuta metodica "gold-standard" solo per la diagnosi di tale patologia, nonostante presenti al tempo stesso un valore terapeutico soddisfacente. Questa procedura, che ha un numero limitato di controindicazioni, è ben tollerata e può essere ripetuta nel caso in cui non si sia giunti ad un'emostasi soddisfacente al primo tentativo, non escludendo comunque un successivo trattamento chirurgico; essa risulta, a nostro avviso, indispensabile nella gestione di pazienti che presentino un rischio anestesiológico elevato e comunque utile come primo approccio in tutti i casi di diagnosi di pseudoaneurisma sanguinante.

Bibliografia

1. Udd M, Leppaniemi AK, Bidel S, Keto P, Roth WD, Haapiainen RK. Treatment of Bleeding Pseudoaneurysms in Patient with Chronic Pancreatitis. *World J Surg* (2007) 31: 504-510.
2. Hsu JT, Yeh CN, Hung CF, Chen HM, Hwang TL, Jan YY, Chen MF. Management and outcome of bleeding pseudoaneurysm associated with chronic pancreatitis. *BMC Gastroenterol*. 2006 Jan 11;6:3.
3. Bresler L, Boissel P, Grosdidier J: Major hemorrhage from pseudo-cysts and pseudoaneurysms caused chronic pancreatitis: surgical therapy. *World J Surg* 1991; 15:649-653.
4. Yeo CJ, Bastidas JA, Lynch-Nyhan A, Fishman EK, Zinner MJ, Cameron JL: The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. *Surg Gynecol Obstet* 1990,170:411-417.
5. Gadacz TR, Trunkey D, Keifer RF Jr. Visceral vessel erosion associated with pancreatitis. *Arch Surg* 1978; 113:1438-1440.
6. El Hamel A, Parc R, Adda G, et. al Bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms in chronic pancreatitis. *Br J Surg* 1991;78: 1059-63.
7. Reber PU, Patel AG, Baer HU, Triller J, Buchler MW. Acute hemorrhage in chronic pancreatitis: diagnosis and treatment options including superselective microcoil embolization. *Pancreas* 1999,18: 399-402.