

**Da:**

**Romano M, Coco R, Platania M, Crifò Antonello A.: Urgenze gastroenterologiche nell'Anziano: diagnostica clinico-ecografica. Geriatria, 16 (S2): 49-56, 2004**

# **Urgenze gastroenterologiche nell'Anziano: Diagnostica clinico-ecografica**

**Marcello ROMANO, Rosario COCO, Maurizio PLATANIA, Amelia CRIFO' ANTONELLO**

U.O. Complessa di Geriatria e Scuola Medica Ospedaliera di Ecografia Clinica  
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione - P.O. Tomaselli - Catania

A causa delle ridotte riserve funzionali e della frequente comorbidità, la presentazione clinica di malattia nell'Anziano è frequentemente pauci-sintomatica, talora fuorviante, con tendenza a rapido aggravamento ed a scompensi a cascata. Donde la necessità di processi diagnostici e terapeutici il più possibile rapidi, tempestivi ed efficaci.

L'integrazione dell'approccio clinico con lo studio ecografico nell'ambito della equipe valutativa geriatrica, addirittura al letto del paziente, può fornire informazioni, direttamente ricercate ed interpretate dallo specialista geriatra, preziose soprattutto in condizioni di urgenza. L'ecografia, infatti, costituisce una metodica di immagine in tempo reale, di relativo basso costo, eseguibile anche al letto dei pazienti, innocua e con una ottima accettazione da parte degli stessi, facilmente ripetibile e dotata di una buona accuratezza diagnostica per molte condizioni patologiche, gastroenterologiche in particolare. I due principali limiti della metodica sono rappresentati dalla sua natura fortemente operatore-dipendente, che implica adeguati percorsi formativi, e dalla scarsa collaborazione attiva di molti anziani (incapacità all'apnea inspiratoria, assunzione e mantenimento di posizioni e decubiti particolari, demenza, ecc.).

Le urgenze gastroenterologiche rientrano in quadri sindromici a prevalente espressione addominale, che spesso pongono, soprattutto in ambito geriatrico, problemi di diagnosi differenziale con patologie non gastroenterologiche.

Quadri sindromici	Patologie non-GE	Patologie GE
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolore non focalizzato</li> <li>▪ Colica epatica</li> <li>▪ Colica renale</li> <li>▪ Dolore lombare</li> <li>▪ Ittero</li> <li>▪ Insufficienza renale</li> <li>▪ Masse palpabili</li> <li>▪ Versamenti peritoneali</li> <li>▪ Alterazioni alvo</li> <li>▪ Dispnea/Dispepsia</li> <li>▪ Addome acuto pauci-sintomatico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lesioni focali parenchimi extra-GE                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Tumori</i></li> <li>▪ <i>Ascessi</i></li> <li>▪ <i>Cisti</i></li> <li>▪ <i>Infarti</i></li> </ul> </li> <li>▪ Uropatia ostruttiva</li> <li>▪ Nefriti</li> <li>▪ Aneurismi</li> <li>▪ Traumi</li> <li>▪ Scompenso cardiaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lesioni focali parenchimi GE                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Tumori</i></li> <li>▪ <i>Ascessi</i></li> <li>▪ <i>Cisti</i></li> <li>▪ <i>Infarti</i></li> </ul> </li> <li>▪ Litiasi biliare</li> <li>▪ Pancreatite</li> <li>▪ Colecistite</li> <li>▪ Traumi</li> <li>▪ Patologia gastrointestinale                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Flogistica</i></li> <li>▪ <i>Tumorale</i></li> <li>▪ <i>Vascolare</i></li> <li>▪ <i>Funzionale</i></li> </ul> </li> </ul>

*Sindromi cliniche e patologie addominali nell'Anziano, gastroenterologiche (GE) e non*

Nell'Anziano, a tal fine, devono essere tenuti presenti almeno due aspetti: a) la maggior frequenza di alcune condizioni patologiche (tumori, malattia diverticolare, ittero ostruttivo, ileo, colecistite, pancreatite, ernia jatale, malattie vascolari addominali, ecc); b) la presentazione di alterazioni di norma (quali esiti fibrosici e/o calcifici, moderata dilatazione dell'epatocolodoco, riduzione volumetrica e disomogeneità strutturali d'organo, ecc.), che possono fuorviare l'interpretazione delle informazioni diagnostiche.

Sulla base di questa impostazione, l'ecografia di superficie si pone come metodica integrativa dell'esame obiettivo nella diagnostica addominale in urgenza. A tal fine, si utilizzano sonde ultrasonografiche transaddominali, di tipo convess o settoriale da 3.5-5 MHz, integrate da sonde di tipo lineare da 7.5-10 MHz per l'esame delle strutture più superficiali. Seguono gli aspetti ecografici delle principali condizioni gastroenterologiche d'urgenza in Geriatria, la cui interpretazione deve comunque rientrare nel contesto clinico.

## **EPATITI ACUTE**

Le epatiti virali acute sono relativamente rare nell'anziano (in relazione a precedente immunizzazione ed alle moderne misure igienico-preventive) ed i rilievi ecografici sono poco specifici (epatosplenomegalia, linfadenite periportale, alterazioni parietali colecistiche da flogosi consensuale). Non raramente, condizioni di acuto scompenso cardiaco congestizio possono indurre una sintomatologia ad espressione prevalentemente addominale, con epatomegalia dolente ed aumento anche importante degli indici di funzionalità epatica. In

questi casi l'ecografia, oltre a confermare l'epatomegalia, consente di escludere altre cause della stessa; in particolare, l'assenza di linfadenopatia perilare e l'aumento di calibro delle vene epatiche e della vena cava, la ridotta escursione respiratoria del calibro cavale, l'eventuale coesistenza di versamento pleurico e/o peritoneale orientano per la natura cardiovascolare (ipoperfusione arteriosa, congestione venosa) dell'epatite (cosiddetta "epatite ischemica").



*Fegato da stasi: diffusa ectasia delle vene sovra-epatiche e della vena cava inferiore.*

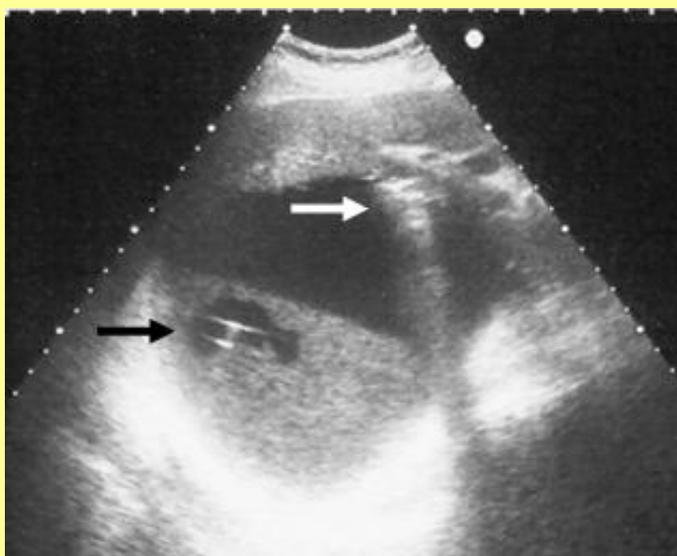
Nell'anziano cirrotico con manifestazioni di encefalopatia acuta, l'ecografia trova indicazione per escludere o confermare una trombosi portale, caratterizzata dalla presenza di echi fissi endoluminali (con "minus" dei segnali-colore all'eco-color-Doppler), come pure per evidenziare la presenza di segni di ipertensione portale, compresi circoli collaterali porto-sistemici. In particolare, nella valutazione volumetrica della milza, in qualunque contesto clinico, deve essere considerato che i valori di norma nell'anziano rientrano in un ambito inferiore rispetto alla popolazione giovane-adulta; sicchè un diametro interpolare di 13 cm, normale per quest'ultima, può esprimere una splenomegalia nell'anziano.



*Trombosi venosa portale: echi fissi nel lume portale*

## ASCESSI ADDOMINALI

Gli ascessi addominali possono esordire con carattere di urgenza per febbre intermittente, dolore ai quadranti addominali interessati, rapido decadimento delle condizioni generali e possono localizzarsi agli organi parenchimali o in peritoneo, per lo più quale complicanza di diverticoliti, perforazioni e flogosi intestinali. All'ecografia, l'ascesso appare per lo più come una formazione a contenuto fluido variamente corpuscolato, eventualmente con immagine di livello, di varie dimensioni. Il rilievo ecografico di riverberazioni nel contesto dell'ascesso denuncia la presenza di aria, espressione di fistolizzazione enterica o di etiologia batterica anaerobica, indirizzando la scelta terapeutica antibiotica. L'ecografia, inoltre, può consentire procedure di drenaggio eco-guidato, alternative all'intervento chirurgico.



*Ascesso epatico: a dx, raccolta liquida con immagine di livello e riverberazione da aria (freccia bianca), in tal caso proveniente da catetere di drenaggio (freccia nera); a sn, drenaggio percutaneo tramite catetere inserito con guida ecografica.*

## ITTERO

L'ecografia consente l'immediata diagnosi differenziale tra forme ostruttive e non, in rapporto alla presenza o meno di dilatazione delle vie biliari intra- ed extraepatiche, indirizzando all'eventuale trattamento invasivo, chirurgico o percutaneo (drenaggio biliare, stent biliare).

La stessa metodica, inoltre, spesso è in grado di evidenziare la causa dell'ostruzione (calcoli, neoplasie, pancreatiti, ecc.). Anche per tali motivi, l'indagine ecografica dovrebbe sempre precedere l'eventuale ricorso a procedure più invasive e costose quali ERCP, colangio-RM, TC con mdc.

In particolare, una alterazione di norma spesso rilevabile nell'anziano è rappresentata dalla moderata ed isolata ectasia dell'epatocolodoco (8-9 mm), priva di rilevante significato clinico

ma da tener presente per non incorrere in errate diagnosi di ittero ostruttivo.



*Ittero ostruttivo: marcata dilatazione dell'epatocolodoco Ø 15 mm (a dx) e delle vie biliari intra-epatiche (a sn).*

## **COLECISTITE ACUTA**

Nel sospetto clinico di colecistite acuta, l'indagine ecografica può evidenziare un ispessimento delle pareti della colecisti (normale <4 mm), con aspetto stratificato nelle forme più tipiche (strato intermedio ipoecogeno tra due strati più ecogeni). Il viscere può apparire idropico (Ø traverso >4 cm) ed è frequente la presenza di calcoli endoluminali (80-90% dei casi), di contenuto biliare ecogeno (pus, bile densa) nonchè la positività del segno di Murphy ecografico (dolore colecistico evocato dalla compressione con la sonda).



*Colecistite acuta: parete della colecisti ispessita, con aspetto stratificato; edema peri-colecistico.*

## **ILEO**

L'ecografia intestinale fornisce informazioni sulla distensione delle anse (normali fino a 3 cm), sullo spessore delle pareti intestinali (normale <4 mm), sulla presenza ed il grado di peristalsi, sull'evidenza delle pliche conniventi, sul contenuto del lume (anecogeno o corpuscolato), sull'eventuale concomitanza di ascite o di linfadenopatia satellite. Nell'ileo meccanico acuto, rispetto all'ileo dinamico, le anse sono più dilatate, animate da peristalsi (più attiva nelle fasi iniziali), con contenuto corpuscolato e pliche conniventi meglio apprezzabili. L'ecografia può evidenziare la causa dell'occlusione in presenza di neoplasie o flogosi (in corrispondenza delle quali si apprezza un ispessimento segmentario del tratto intestinale interessato) o in caso di invaginazione (con aspetto ecografico a bersaglio nelle scansioni trasversali, a tridente nelle scansioni longitudinali, espressioni di "ansa nell'ansa"). Le cause aderenziali di occlusione, che sono le più frequenti, non sono identificabili all'ecografia, che tuttavia le rende più sospettabili in assenza delle altre.



*Ileo: anse distese con contenuto liquido e pliche conniventi evidenti*

## APPENDICITE

L'appendice normale, difficilmente evidenziabile in assenza di patologia, si presenta come una struttura tubulare del diametro massimo di circa 5-6 mm. In caso di appendicite, il viscere diviene più facilmente apprezzabile, ispessito ( $\emptyset > 7$  mm) e con aspetto stratificato. Può associarsi il rilievo di raccolta essudativa adiacente e di linfadenopatia satellite.

## DIVERTICOLITE

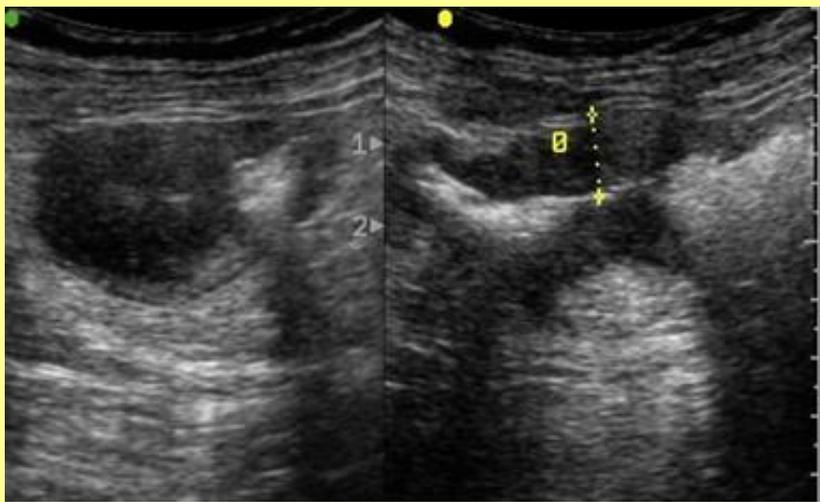
La malattia diverticolare è una condizione frequente nell'Anziano. I diverticoli possono essere rilevati all'ecografia sotto forma di piccole strie ecogene con riverberazioni, nel contesto di estroflessioni della parete colica. In caso di diverticolite, tale aspetto si rileva nel contesto di un segmento colico ispessito per flogosi. E', altresì, possibile il rilievo di raccolte fluide paracoliche in caso di perforazione con ascessualizzazione peri-diverticolare.



*Diverticolo del colon discendente: estroflessione parietale, in cui si apprezza stria iperecogena con riverberazioni da aria.*

## TUMORI GASTRO-INTESTINALI

Le neoplasie gastro-intestinali non costituiscono di per sé una urgenza ma, soprattutto nell'anziano, possono esordire con manifestazioni acute come occlusione intestinale, dolore addominale, ematemesi, melena. Lo studio ecografico del tubo digerente, in caso di neoplasie vegetanti o stenosanti può evidenziare un ispessimento segmentario del tratto interessato, che nei casi più tipici presenta profilo irregolare, con perdita della stratificazione anatomica, lume eccentrico e brusca demarcazione dalla parete sana.



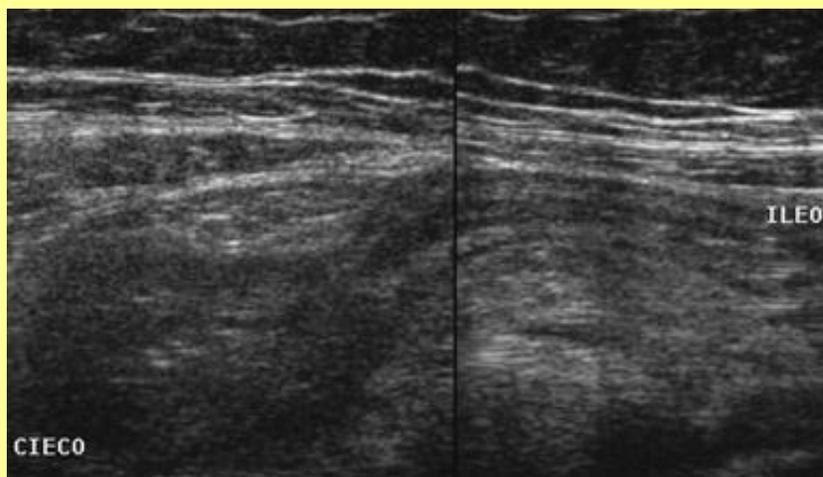
*Tumore stenosante del colon ascendente  
(scansione trasversale e longitudinale).*



*Neoplasia vegetante della parete posteriore gastrica  
(scansione trasversale)*

## **MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI (MICI)**

Morbo di Crohn e Rettocolite ulcerosa presentano all'ecografia un ispessimento segmentario della parete intestinale (>4 mm). Nel Morbo di Chron, che può interessare qualunque tratto intestinale, l'ispessimento è esteso a tutti gli strati parietali, mentre nella colite ulcerosa esso interessa solo agli strati più superficiali, mucosa in particolare.



*Morbo di Crohn: ileo terminale con uniforme e diffuso ispessimento parietale, aspetto stratificato e profilo regolare.*

L'ispessimento parietale flogistico è differenziabile da quello neoplastico sulla base di vari criteri quali: entità ed estensione dell'ispessimento, profilo e struttura stratificata della parete, posizione del lume, demarcazione tra parete ispessita e parete sana limitrofa. E' altresì possibile la valutazione ecografica di linfadenopatia mesenterica, ascessi e fistole.

<b>CRITERIO</b>	<b>FLOGOSI</b>	<b>NEOPLASIA</b>
<b>Entità ispessimento</b>	Minore	Maggiore
<b>Estensione longitud.</b>	Maggiore	Minore
<b>Estensione trasvers.</b>	Simmetrica	Asimmetrica
<b>Profilo parietale</b>	Regolare	Irregolare
<b>Demarcazione</b>	Graduale	Brusca
<b>Stratificazione</b>	Conservata	Alterata
<b>Posizione del lume</b>	Centrale	Eccentrica

*Criteri ecografici differenziali tra ispessimento flogistico e neoplastico della parete intestinale (modificata da M.Romano e Al.: Apparato digerente -Tumori, in AA.VV.: Ecografia addominale, Ed. Idelson, Napoli 2000)*

## **ERNIA JATALE**

L'Ernia jatale non costituisce una urgenza ma è utile identificarla per la diagnosi differenziale di sintomi quali dolore toracico, dispnea, tosse, soprattutto se correlati al clinostatismo (in relazione a ingombro toracico e reflusso gastro-esofageo). Essa infatti, può associarsi a esofagite e asma. La diagnosi ecografica di ernia jatale può essere posta rilevando un diametro trasverso del tratto gastro-esofageo, in scansione longitudinale e all'altezza del diaframma, maggiore di 18 mm. E' bene precisare, tuttavia, che la diagnosi di esofagite, rimane appannaggio dell'endoscopia.

## **EMATEMESI-MELENA**

Per quanto esposto, nel paziente con ematemesi e/o melena l'ecografia addominale è utile già in urgenza, per ricercare neoplasie gastroenteriche, segni di ipertensione portale, MICI, ernia jatale, orientando meglio l'indicazione a procedure invasive e più costose.

## **PANCREATITE ACUTA**

Riconosce due principali cause: etilica ed ostruttiva, quest'ultima secondaria a calcoli biliari in coledoco o a neoplasie del pancreas o della papilla duodenale, a ERCP. Nell'etilista anziano, inoltre, assume rilievo il quadro di pancreatite acuta su pancreatite cronica, con aspetti eco-semeiologici misti. Quelli della pancreatite acuta sono rappresentati dall'aumento del volume, dalla riduzione della ecogenicità (PA edematosa) e dal diffuso sovvertimento strutturale del pancreas, per l'alternarsi di aree parenchimali ipo-aneogene ad altre più ecogene (PA necrotico-emorragica). L'ecografia, inoltre, può evidenziare l'eventuale presenza di pseudo-cisti, raccolte fluide peritoneali, trombosi venosa splenica. In tal modo, essa rappresenta una metodica diagnostica di primo livello, utile anche per l'orientamento etiologico (dilatazione delle vie biliari, calcoli in coledoco o neoplasie di pancreas, duodeno, coledoco) e prognostico (grado di sovvertimento strutturale del pancreas, presenza di raccolte fluide intra- ed extrapancreatiche).



*Pancreatite acuta edematosa.  
Pancreas aumentato di volume e diffusamente  
ipoecogeno.*

## **INFARTO SPLENICO**

E' una condizione poco frequente, che insorge prevalentemente in pazienti con cardiopatie emboligene (cardiopia dilatativa, valvulopatie mitro-aortiche, fibrillazione striale, ecc.) o splenomegalie onco-ematologiche (leucemie, linfomi, ecc.), a decorso spesso sub-clinico e ad esito benigno nella maggior parte dei casi. Tale condizione, tuttavia, merita di essere riconosciuta per le possibili complicanze (rottura splenica, ascessualizzazione). L'infarto splenico presenta un aspetto ecografico di lesione ipoecogena cuneiforme, con base a ridosso della capsula e apice all'ilo. In caso di ascessualizzazione, può perdere la forma triangolare e può presentare un contesto fluido, con echi mobili.



*Infarto splenico.  
Milza in scansione longitudinale.  
Area ipoecogena di aspetto cuneiforme (freccia)*

## **INFARTO INTESTINALE**

Può riconoscere una genesi arteriosa (embolia, trombosi, prolungata ipotensione) o venosa (trombosi) del distretto mesenterico ed è gravato da un'alta mortalità. All'ecografia il tratto intestinale interessato può apparire ispessito e privo di segnali vascolari all'eco-color. Lo studio eco-color-Doppler dei vasi mesenterici può identificare stenosi e trombosi nei tratti esaminabili, per lo più prossimali.



*Infarto intestinale. Tratto colico a pareti ispessite.*

## **TRAUMI**

Anche in relazione alle frequenti cadute dell'anziano, soprattutto in presenza di trauma addominale o fratture costali, l'indagine ecografica trova utile indicazione per escludere rotture ed ematomi di organi parenchimali addominali e versamenti peritoneali e pleurici.

## **URGENZE ADDOMINALI EXTRA-GASTROENTEROLOGICHE**

La presentazione clinica delle urgenze gastroenterologiche, nell'Anziano pone spesso problemi di diagnosi differenziale con patologie non gastroenterologiche (aneurisma aortico, uropatia ostruttiva, masse obiettive di incerta natura, ecc.), per la cui soluzione può trovare indicazione di primo livello lo studio ecografico dell'addome.

## **Riferimenti bibliografici:**

- § Mirk P, Gimondo P: Addome acuto. In: Apparato gastroenterico – Collana monotematica di ecografia, Idelson-Gnocchi, Napoli, 1997
- § Romano M e Al: Audit clinico-ecografico dell'infarto splenico. Giornale It Ecografia, 2: 211, 1999
- § Danse E.M: Apport de l'échographie au diagnostic des affections ischémiques de l'intestin. JEMU 20: 116-117, 1999
- § Romano M e Al: Ecografia clinica nel paziente anziano. Giornale It Ecografia, 3: 135, 2000
- § Romano M e Al: Follow up of splenic infarct: an ultrasonographic study. Ultrasound in medicine and biology, 26, S2: 150, 2000
- § Romano M e Al: Apparato digerente:Tumori, in AAVV: Ecografia addominale, Idelson, Napoli, 2001
- § Romano M e Al: Ecotomografia verso esofagogastrosopia nella diagnosi di ernia jatale (work in progress). Giornale Ital di Ecografia, 3:265, 2001
- § Fugazzola C e Al: Ecotomografia pancreatica. In: AA.VV.: Ecografia, Vol.2, II Ed., Idelson-Gnocchi, Napoli, 2002
- § Romano M e Al: Ultrasound evaluation of centenarian's gallbladder. Eur J Intern Med. 15:45, 2004

[www.medinterna.wide.it](http://www.medinterna.wide.it)