

# Valutazione gastroenterologica per l'anemia da carenza marziale

**Biagio Giordano**

Medico di medicina generale, Brindisi  
Dipartimento di Gastroenterologia AIMEF

Un paziente di 76 anni viene in ambulatorio lamentando la recente comparsa di dolore toracico da sforzo, astenia e facile affaticabilità. Il paziente è noto in quanto diabetico, ipercolesterolemico, iperteso, con pregresso infarto miocardico acuto, già sottoposto a trattamento chirurgico di rivascularizzazione miocardica mediante bypass aorto-coronarico, in terapia, tra l'altro, con antiaggreganti (ASA) e gastroprotettori (PPI).

**A**ll'esame obiettivo noto il pallore di cute e mucose e i segni di un circolo ipercinetico. Prescrivo esami ematochimici di routine.

Il paziente torna dopo alcuni giorni con il referto del laboratorio che documenta una condizione di anemia microcitica e ipocromica (Hb 7.8 g/dl). Invio il paziente in ospedale per una rivalutazione della patologia coronarica, ma soprattutto per una definizione diagnostica dell'anemia.

### ■ Ricovero ospedaliero

Ricoverato in ambiente cardiologico, il paziente viene trasfuso con emazie concentrate e quindi sottoposto ad esofagogastroduodenoscopia.

■ **EGDS:** quadro di gastrite antrale moderata e duodenite bulbare lieve, senza segni di sanguinamenti recenti.

Dimesso con valori di Hb pari a 9 g/dl e diagnosi di grave stato anemico in paziente coronaropatico, viene prescritta terapia marziale per os e gli viene raccomandato di continuare ad assumere i farmaci protettori della mucosa gastrica.

### ■ Intervento chirurgico

Il monitoraggio dei valori di emoglobina nelle settimane successive alla dimissione, dopo un apparente miglioramento, dimostra però un trend decisamente negativo che mi induce, anche sulla scorta di

una positività del sangue occulto nelle feci, a prescrivere una pancolonscopia, al fine di escludere un sanguinamento del tratto digestivo inferiore.

■ **Pancolonscopia:** presenza di neoformazione ulcerata del retto. Il paziente viene nuovamente ricoverato in ambiente ospedaliero, dove viene sottoposto a un intervento chirurgico di resezione anteriore del retto con escissione parziale del mesoretto.

L'esame istologico documenta un adenocarcinoma moderatamente differenziato e ulcerato del grosso intestino.

### ■ Decorso post-operatorio

Il decorso post-operatorio è regolare, contrassegnato dalla progressiva risalita dei valori di emoglobina, le cui determinazioni, sempre meno frequenti nel tempo, vengono definitivamente abbandonate, pur non essendo mai stati raggiunti neppure i limiti inferiori della normalità.

A quattro mesi dall'intervento di resezione intestinale, il paziente si ripresenta in ambulatorio lamentando la progressiva ricomparsa da alcune settimane della dispnea da sforzo e dell'astenia.

I valori dell'emoglobinemia risultano notevolmente ridotti, tanto da richiedere un nuovo ricovero ospedaliero per una trasfusione. In questa occasione il paziente viene rivi-

sto in consulenza dal chirurgo che ha effettuato la resezione intestinale, il quale richiede un nuovo esame colonscopico al fine di rivedere la situazione nella sede del pregresso intervento.

■ **Esplorazione endoscopica:** oltre ai normali esiti della resezione, rivela a livello del fondo ciecale, in prossimità dell'orifizio appendicolare, la presenza di una lesione angioidisplastica piana, del diametro di circa 5 mm.

Viene tentato un primo trattamento diatermocoagulativo, che fallisce. Si procede - sempre per via endoscopica - al posizionamento sull'area displasica di quattro clips metalliche.

Tale trattamento, praticato a distanza di tempo di ormai circa un anno dal primo ricovero ospedaliero, risulta efficace, tanto che oggi - a distanza di sei mesi dal trattamento endoscopico - i valori di emoglobinemia, rapidamente risaliti, persistono stabilmente nel range della normalità.

## Note & approfondimenti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come anemia la riduzione dei valori di emoglobina al di sotto di 13 g/dl negli uomini di età >15 anni, al di sotto di 12 g/dl nelle donne non in gravidanza di età >15 anni e al di sotto di

11 g/dl nelle donne in gravidanza. L'anemia da carenza di ferro - in assenza di patologie croniche e/o emoglobinopatie - nei Paesi sviluppati ha una prevalenza del 2-5% negli uomini e nelle donne in menopausa. Rappresenta un motivo piuttosto frequente di invio al gastroenterologo (4-13% delle consulenze) in quanto, mentre la perdita di sangue mestruale costituisce la più frequente causa di anemia sideropenica nelle donne in età fertile, il sanguinamento gastroenterico cronico ne rappresenta la causa più importante nel resto della popolazione.

Le neoplasie a carico di stomaco e grosso intestino sono sicuramente le più gravi tra le patologie potenzialmente responsabili di sanguinamento digestivo (tabella 1), che risultano tanto numerose e frequenti da fare sì che la contemporanea presenza di due di esse, sebbene non comune, possa verifi-

carsi (come nell'esperienza riportata) con una frequenza variabile dall'1% al 10%.

Altre patologie di pertinenza gastroenterologica in grado di determinare anemia sideropenica sono quelle responsabili di malassorbimento, prima tra tutte la malattia celiaca.

### ■ Approccio diagnostico

L'esplorazione del tubo digerente trova indicazione in tutti i pazienti di sesso maschile e in tutte le donne in menopausa in cui sia stata confermata la presenza di una anemia da carenza di ferro, a meno che non sia documentata in maniera chiara una perdita ematica di natura non digestiva.

Il contributo dell'esame obiettivo alla valutazione gastroenterologica è generalmente piuttosto modesto, salvo i casi in cui sia possibile il rilievo di masse addominali o di ma-

**Tabella 1**

### Principali cause gastroenterologiche di anemia sideropenica (prevalenza)

#### Sanguinamento digestivo occulto

• Gastropatia erosiva da FANS	10-15%
• Carcinoma del colon	5%
• Carcinoma gastrico	5%
• Ulcera gastrica benigna	5%
• Angiodisplasia	5%
• Esofagite	2-4%
• Carcinoma esofageo	1-2%
• Ectasia vascolare gastrica antrale	1-2%
• Neoplasie del piccolo intestino	1%
• Carcinoma ampollare	<1%

#### Malassorbimento

• Celiachia	4-6%
• Gastrectomia	<5%
• Resezioni intestinali	<1%
• Iperproliferazione batterica del tenue	<1%

nifestazioni cutanee di patologie rare, quali la sindrome di Peutz-Jeghers o la teleangectasia emorragica ereditaria, nota anche come morbo di Rendu-Osler-Weber.

Discorso diverso per l'esplorazione digitale del retto, manovra semeiotica preziosissima (buona parte dei tumori del colon sono nel retto, a "portata di dito"), che può essere omessa soltanto nei casi in cui sia stata comunque programmata l'esecuzione di un esame endoscopico del tratto digestivo inferiore.

Per quanto riguarda gli accertamenti strumentali occorre sottolineare come, in presenza di severe comorbidità o di altre condizioni particolari (per esempio l'età avanzata), l'opportunità di procedere con approfondimenti diagnostici andrebbe accuratamente discussa con i pazienti stessi - se possibile - o con i loro familiari, specialmente nei casi in cui il risultato delle indagini non modificherebbe significativamente l'approccio terapeutico.

In tutti i pazienti, come primo passo, dovrebbe essere esclusa la malattia celiaca attraverso la ricerca degli anticorpi anti-transglutaminasi tissutale (anti-tTG) della classe IgA. La negatività del test, considerata la sua elevata sensibilità, esclude la presenza della patologia, mentre la sua positività richiede una conferma attraverso un test più specifico quale la ricerca gli anticorpi anti-endomisio (EMA), sempre della classe IgA, la cui positività autorizza il prelievo biptico della mucosa duodenale, in corso di EGDS, per la conferma istologica della presenza della malattia.

Per quanto riguarda l'esplorazione endoscopica, che possibilmente dovrebbe essere condotta nel corso di un'unica seduta, solo il riscontro - in corso di esofago-gastroduodenoscopia - di un carcinoma gastrico dovrebbe autorizzare l'operatore a soprassedere alla successiva esplorazione endoscopica del tratto digestivo inferiore.

In particolare, patologie del tratto superiore (esofagiti, erosioni, ulcere gastriche) rilevate nel corso dell'esame non dovrebbero essere ritenute la causa dell'anemia sideropenica fintanto che la presenza di lesioni a carico del grosso intestino non sia stata esclusa dalla colonscopia.

Questa ultima metodica di indagine morfologica ha il vantaggio, rispetto a quella radiologica, di potere evidenziare le angiodisplasie oltre che consentire il prelievo biptico delle lesioni eventualmente riscontrate nel corso dell'esame.

Il clisma opaco a doppio contrasto resta tuttavia una valida alternativa, sia da solo sia in associazione alla sigmoidoscopia, specialmente nei casi in cui le probabilità di condurre una esplorazione completa dell'intero colon siano ridotte a causa di particolari condizioni, per esempio la scarsa collaborazione del paziente.

La visualizzazione diretta del piccolo intestino non è in genere indicata, a meno che l'anemia non richieda trasfusioni. In questo caso l'enteroscopia è utile per riconoscere e trattare eventuali lesioni angiodisplastiche.

Anche l'endoscopia mediante videocapsula (VCE) può essere utilizzata a questo scopo, avendo una probabilità di successo diagnostico pari al 40-55%.

Per quanto riguarda lo studio radiologico del piccolo intestino esso risulta di scarsa utilità nella valutazione delle cause di anemia, a meno che la storia del paziente non sia suggestiva per morbo di Crohn.

Anche la colonizzazione dello stomaco da parte dell'*Helicobacter pylori* sembrerebbe in grado di determinare un bilancio negativo del ferro, riducendone l'assorbimento da una parte e aumentandone le perdite dall'altra. Pertanto, nei casi di negatività della EGDS e della colonscopia, l'infezione da *Helicobacter pylori* andrebbe ricercata e il microrganismo, se presente, andrebbe eradicato.

L'arteriografia mesenterica è di impiego limitato, ma trova indicazione in quelle forme di anemia che richiedono trasfusioni, al fine di individuare eventuali malformazioni vascolari.

Allo stesso modo l'esplorazione laparotomica in associazione a quella endoscopica "on-table" dovrebbe essere riservata ai casi in cui tutte le altre metodiche diagnostiche citate non abbiano individuato la fonte del sanguinamento.

Infine la ricerca del sangue occulto nelle feci non dovrebbe trovare applicazione nello studio delle anemie da carenza di ferro, in quanto la metodica presenta scarse sensibilità e specificità.

## ■ Donne in età fertile

Nelle donne in età fertile e altrimenti sane l'anemia da carenza di ferro compare nel 5-12% dei casi ed è prevalentemente ascrivibile al flusso ematico mestruale, a carenze nutrizionali oppure ancora alle aumentate richieste di ferro in gravidanza e in allattamento.

Il vantaggio offerto dalla indagine gastroenterologica in queste pazienti è stato valutato nel corso di diversi studi, che hanno documentato in circa il 4% dei casi la presenza della malattia celiaca, mentre hanno rilevato, in percentuali variabili sino al 6.5% delle osservazioni, neoplasie maligne a carico del tubo digerente.

Pertanto, mentre la presenza dei marcatori sierologici della celiachia (EMA, anti-tTG) andrebbe ricercata in tutte le donne in età pre-menopausale con anemia sideropenica, l'esplorazione endoscopica del tratto digestivo superiore e inferiore andrebbe riservata a quelle di età superiore a 50 anni e a quelle di età inferiore con sintomi o con una familiarità significativa per malattia neoplastica oppure con una anemia persistente nonostante la supplementazione marziale e la correzione delle potenziali cause di deplezione di ferro.