

GASTROENTEROLOGIA

GASTROSCOPIA: è l'esame endoscopico della tonaca mucosa dello stomaco, ma anche dell'esofago e del duodeno, essendo la gastroscopia parte di un'indagine detta esofago-gastro-duodeno-scopia. Le porzioni di mucosa gastrica vengono illuminate dalla lampadina che si trova all'estremità distale del gastroscopio e l'immagine dello stomaco, riflessa da un prisma, viene osservata all'esterno da un medico, attraverso una lente oculare. L'endoscopio permette di togliere calcoli (RCP), di fare una COLANGIOPANCREATOSCOPIA retrograda iniettando un mezzo di contrasto nel coledoco posso vedere se ci sono calcoli e rimuoverli. Può essere fatta anche PAPILOTOMIA taglio la papilla, la svuoto è una manovra rischiosa perché può causare la pancreatine. Se trovo cancro del coledoco o della papilla (con stenosi che causa ittero) entro con un cateterino e un sondino naso-biliare con il quale portiamo all'esterno la bile. Di grande utilità è il posizionamento di stent (protesi autoespansibili) nell'esofago o nelle vie biliari in caso di ostruzione neoplastica.

VIDEOCAPSULA: il paziente ingurgita una capsula che trasmette immagini attraverso una telecamera posta nella capsula, tali immagini vengono registrate e viste dal medico. La videocapsula gira nello stomaco e ci permette di vedere il piccolo intestino, digiuno, ileo che solitamente è difficile da vedere. La capsula viene poi espulsa fisiologicamente dalla persona.

MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO: l'esofagite da reflusso è l'espressione di un danno provocato alla mucosa esofagea dal reflusso di contenuto gastrico o intestinale. Il reflusso gastroesofageo in assenza di esofagite è usualmente a sintomatico; i sintomi principali dell'esofagite sono: pirosi, dolore toracico simil-anginoso, disfagia, sanguinamento da erosioni mucose o ulcere, fumo ernia iatale, fumo, bevande gassate. In tale patologia si ha la riduzione del tono dello sfintere (cardias), che invece di impedire che il cibo risalga, lo lascia passare. Gli esami che si possono fare sono radiografia, Ph-metria esofagea che accerta se all'interno dell'esofago sono presenti succhi gastrici con un alto contenuto di acidi, endoscopia con biopsia della mucosa.

ULCERA PEPTICA GASTRICA E DUODENALE: l'ulcera è una soluzione di continuo della mucosa gastrointestinale che si estende attraverso la sottomucosa sino alla tonaca intestinale. L'ulcera peptica si verifica nello stomaco, nel piloro e nel bulbo duodenale. Le cause possono essere: aumento della secrezione acida, abbassamento delle difese della parete gastrica, fumo di sigaretta, alcool, caffè, familiarità, cause psicosomatiche e abuso di farmaci. Il sintomi dell'ulcera duodenale sono: tipico dolore situato tra l'estremità inferiore dello sterno e l'ombelico, con senso di fame, si attenua ingerendo cibo, talora nausea e vomito. I sintomi dell'ulcera gastrica sono: dolore di tipo crampiforme, incostante e con senso di vuoto, che può



comparire dopo eccessi dietetici e che insorge un'ora dopo i pasti, permane per un paio d'ore poi scompare, si irradia verso il dorso. Complicanze: emorragia, perforazione, stenosi, penetrazione (perfora e penetra un'altro organo), la stenosi è più frequente nel duodeno o nell'esofago. La diagnosi è endoscopica, la terapia si basa su antisecretivi, antibiotici e antiacidi.

PANCREATITE ACUTA/CRONICA: la pancreatite acuta è un'inflammazione del pancreas associata ad un grado variabile di edema, necrosi, ed emorragia; mentre la cronica può manifestarsi con episodi recidivanti di flogosi acuta che si verificano nell'ambito di una lesione pancreatica preesistente o come danno cronico con dolore e malassorbimento. In entrambe le forme si verifica la distruzione lentamente progressiva del parenchima con gradi variabili di infiammazione, fibrosi e deformazione dei dotti pancreatici. Le cause sono per entrambe abuso di alcool, ipertrigliceridemia, ipercalcemia, calcolosi delle vie biliari, epatite virale, ulcera peptica penetrante. I sintomi sono: cattiva digestione, dolore addominale localizzato in corrispondenza della regione epigastrica e periombelicale, spesso irradiato al dorso, ai fianchi e ai quadrati addominali inferiori, malassorbimento, iperglicemia, perdita di peso. Complicanze sono: pseudocisti pancreatiche, flemmone, ascesso, ascite, necrosi intestinale, sanguinamento intraperitoneale, ipotensione, ipocalcemia, coagulazione intravascolare disseminata. Esami che utili per far diagnosi sono: ecografia, TAC, risonanza magnetica, colangiopancreatografia retrograda.

POLIFI: sono neoformazioni endoluminali peduncolate o meno, che sporgono dalla mucosa del colon o del retto. I polipi possono svilupparsi a qualsiasi età, anche se si riscontrano maggiormente dopo i 40 anni. Possono insorgere come lesioni solitarie, presenti contemporaneamente e in numero limitato, o come parte di una sindrome di *poliposi*. La distinzione più importante è quella tra *polipi neoplastici* e *polipi non – neoplastici*; i polipi neoplastici possono essere benigni o maligni, per polipo benigno si intende un **adenoma**, per polipo maligno si intende un **adenocarcinoma**. Il paziente può essere a sintomatico, oppure avere muco acquoso o sangue nelle feci; a volte si hanno alterazioni a carico dell'alvo o dolori addominali, può instaurarsi anemia a causa delle perdite di sangue occulto nelle feci. I polipi possono essere visualizzati attraverso un esame radiologico o endoscopico, quest'ultimo permette anche di effettuare l'asportazione dei polipi.

EMORAGGIE DIGESTIVE: possono essere di due tipi:

- Tratto superiore: ulcera duodenale, ulcera gastrica, gastrite erosiva, varici;
- Tratto inferiore: tendono di solito ad autolimitarsi a differenza delle prime, possono essere date da diverticolosi, angiodisplasie (malformazioni delle pareti vascolari), polipi, cancro del colon, retto, sigma.

Le emorragie si possono manifestare con :



- ematemesi, vomito di materiale ematico
- melena, evacuazione di feci nere
- il pz può presentarsi sudato, ipoteso, tachicardico
- esami del sangue emocromo, ferritina
- posizionamento della sonda di Blackmore per tamponare l'emorragia
- colonscopia
- esplorazione rettale.

Trattamento: l'ipotensione va trattata con l'infusione di liquidi isotonici, di albumina, di plasma fresco congelato o emazia concentrate a seconda della necessità. Si somministra vasopressina, embolizzazione selettiva delle arterie che irrorano la lesione sanguinante, trattamento endoscopico della lesione con elettrocoagulazione, termocoagulazione, iniezione sottomucosa di noradrenalina o altri agenti sclerosanti.¹

¹ Di Facchini Eleonora
C.L.I. Cremona

