

## MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVIII

Aprile 2015

numero 4

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

## COMPLICANZA TARDIVA DI ANASTOMOSI ILEOCOLICA

Silvia Nider, Giulia Gortani

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste*

**Indirizzo per corrispondenza:** [silvia\\_naider@yahoo.it](mailto:silvia_naider@yahoo.it)

Edoardo è un bambino di 7 anni, operato alla nascita per atresia digiuno-ileale, con confezionamento di anastomosi ileocolica e posto in nutrizione parenterale totale per 4 mesi, con successiva ripresa dell'alimentazione e sospensione della parenterale a 3 anni.

Tre mesi prima comparsa di diarrea e calo ponderale per cui, nell'ipotesi di una colonizzazione intestinale alta, ha avviato terapia decontaminante intestinale.

Edoardo torna al controllo dopo tre mesi; non sono più comparse scariche e ha ripreso 1 kg di peso. Mai enterorragia o melena ma lamenta astenia inaggravante da due settimane. Gli esami ematici evidenziano un'anemia importante (Hb 6,1 g/dl, MCV 70 fl, Htc 22,9%, GR 3.290.000/mmc), ferritina bassa 2,5 ng/ml, vitamina B12 bassa < 150; indici di flogosi negativi. L'ecografia addominale mostra in sede di pregresso intervento una porzione di ansa intestinale che pare dilatata, a pareti ispessite e ipertrofiche, molto vascolarizzate ma con peristalsi ben conservate. Data l'anemia marcata (Hb 6,1 g/dl), abbiamo eseguito terapia marziale endovenosa e con idrossocobalamina, in relazione ai valori di vitamina B12 inferiori alla norma e all'MCV relativamente alto rispetto ai livelli

di ferritina. Visto che l'anemizzazione è avvenuta in due mesi passando da 12 a 6 g/dl, nell'ipotesi di un sanguinamento intestinale abbiamo eseguito la coloscopia che ha evidenziato, a livello dell'anastomosi, un'ulcera a stampo ricoperta di fibrina, profonda, non sanguinante.

L'anemia di Edoardo è dovuta alla presenza di ulcere perianastomotiche, complicanza rara ma nota delle anastomosi ileocoliche. La causa non è nota, ma le ipotesi più accreditate sono la colonizzazione batterica, il danno da acidi biliari e meccanismi di infiammazione e ischemica. Le indicazioni terapeutiche in letteratura non sono ben codificate, ma è consigliato l'uso di antibiotici per contrastare la colonizzazione batterica, di antiacidi per l'eventuale metaplasia gastrica e trattamento antinfiammatorio con salazopirina. Così abbiamo fatto con Edoardo che dopo un mese sta bene, l'emoglobina è risalita a 11 g/dl, non presenta enterorragia o melena né dolori addominali. Il referto dell'esame istologico ha mostrato una metaplasia gastrica nella sede dell'ulcera. Confermiamo quindi la terapia in atto che comprende l'antiacido, e la presenza della metaplasia gastrica ci fan ben sperare nella risposta alla terapia.