

INSUFFICIENZA CELIACO MESENTERICA CRONICA (ICM).

fisiokinesiterapia-news.it

La Ischemia Celiaco Mesenterica Cronica (ICM)
è stata descritta ai primi del 900 come:

Sindrome caratterizzata dalla comparsa
di un ***forte dolore addominale*** dopo ogni
pasto seguito da un ***rapido dimagrimento***
che si concludeva con la ***morte del***
paziente per infarto intestinale

Interventi per Arteriopatie Obliteranti Croniche 1960 - 2003

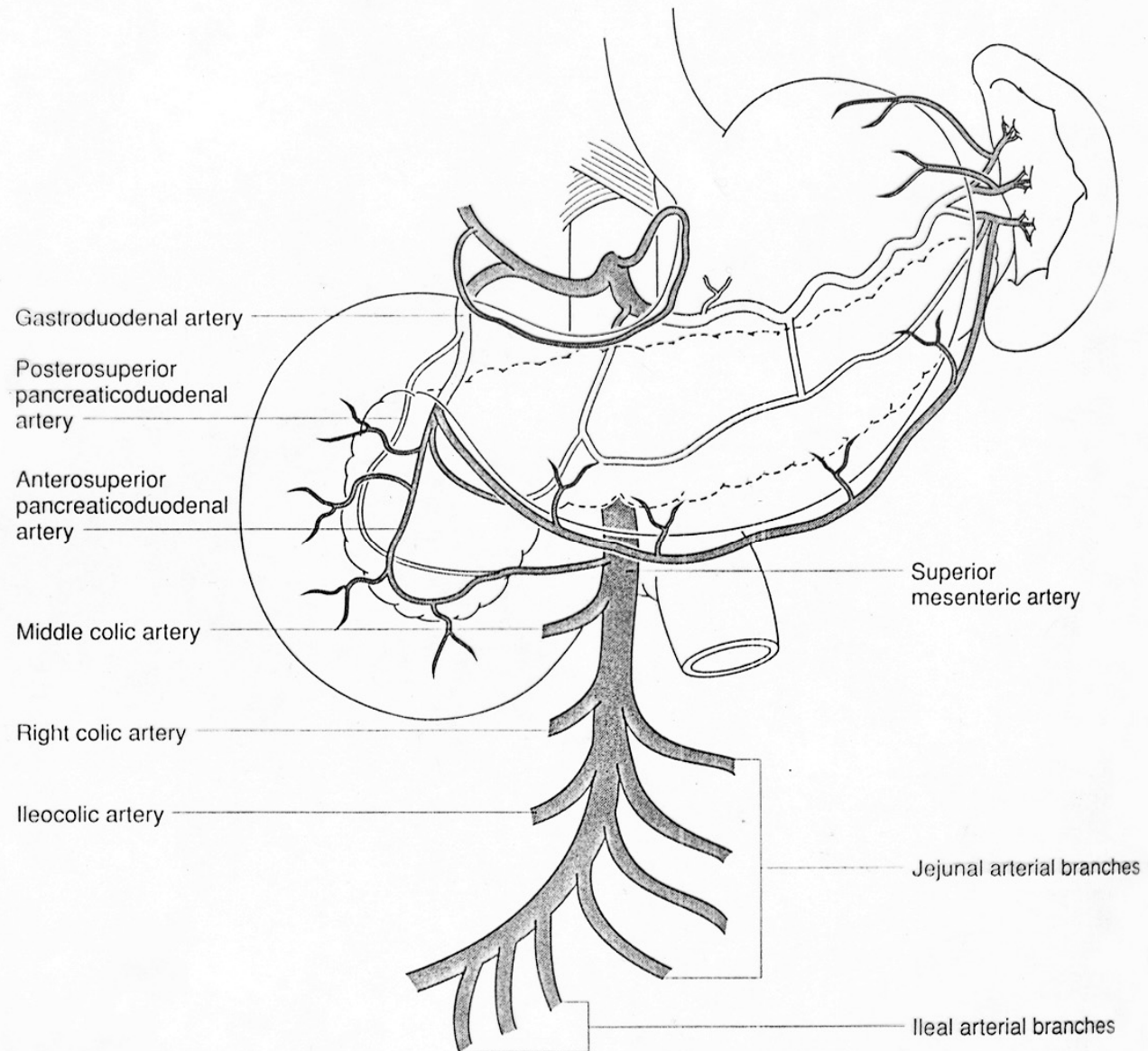
Ischemie degli Arti	N°
By Pass e TEA Aorto - Iliaci	1359
Reinterventi tardivi	259
By pass e TEA Femoro Poplitei	332
Reinterventi tardivi	66
Ischemie Viscerali	
Renali	210
<i>Mesenteriche</i>	19 *
Cerebro Vascolari	610
TOTALE	2854

* 14 Sintomatici 5 Asintomatici

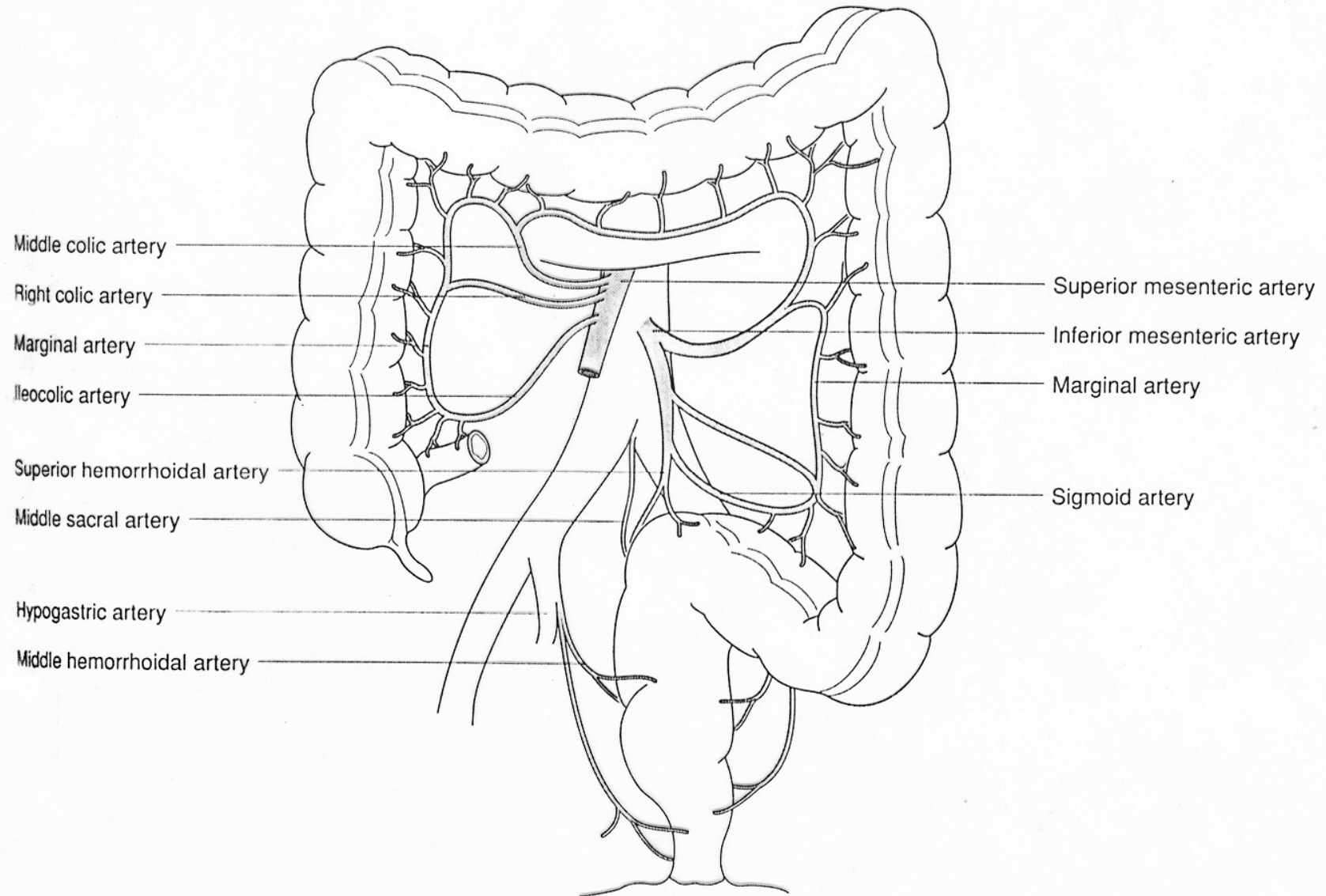
Frequenza sui paz. Operati: Totale 0,6 Sintomatici 0,5

Anatomia e Fisiopatologia della Circolazione Mesenterica

- 3 Arterie : Tripode Celiaco (TC) Arteria Mesenterica Superiore (AMS) e Inferiore (AMI)
- La principale è la AMS, l'unica che ha un importante aumento del flusso post prandiale
- Le connessioni con vasi di buon calibro fra le tre arterie e fra queste e il circolo sistemico sono così ampie e numerose che *il circolo mesenterico può essere sufficiente anche con i tre vasi principali ostruiti*



VISCERAL OCCLUSIVE DISEASE



Sintomi della ICM (I)

- ***Dolore centro addominale dopo 20-40 minuti dal pasto*** in funzione della quantità e non della qualità del cibo ingerito
- Non difetti dell'assorbimento intestinale
- ***Rifiuto del cibo per paura del dolore*** come causa del dimagrimento

Sintomi della ICM (II)

- La sintomatologia è tipica ma la rarità della sindrome spiega come *tutti i nostri pazienti abbiano fatto molti esami aspecifici alla ricerca di più comuni cause gastriche, biliari, pancreatiche o coliche del dolore addominale*
- Sintomi tipici e il riscontro di stenosi serrata o ostruzione di tutti e tre i vasi mesenterici possono far porre *la diagnosi clinica di ICM che viene però confermata solo dal successo della rivascolarizzazione*

Diagnosi di Stenosi o Ostruzione delle Arterie Mesenteriche

- **Le lesioni arteriose sono di solito prossimali**
- L'Eco Doppler in questo campo dà ancora risultati troppo macchina e operatore dipendenti
- TAC e RNM vedono bene l'origine di TC e AMS e hanno una accuratezza diagnostica del 90%
- **La Angiografia è il Gold Standard** e in alcuni casi può consentire un trattamento efficace con PTA (e stent)

ICM: Sintomi e Lesioni

in 14 paz. Sintomatici

- **Sintomi**

14 Dolori post prandiali

11 Dimagrimento grave

- **Lesioni**

1 Ostruzione della sola MS

13 Ostruzione MS e MI

5 Ostruzione e 7 Stenosi serrate TC

- *5 paz avevano avuto in precedenza un intervento vascolare addominale
(1 Renale, 4 Aorto Bifemorali)*

ICM: Terapia in 14 paz Sintomatici

- 1 Reimpianto Splenica su Aorta
- 1 By Pass sulla sola MI
- 1 By Pass sulla sola MS
- 4 TEA sulla sola MS
- 6 TEA e Reimpianto di TC e MS

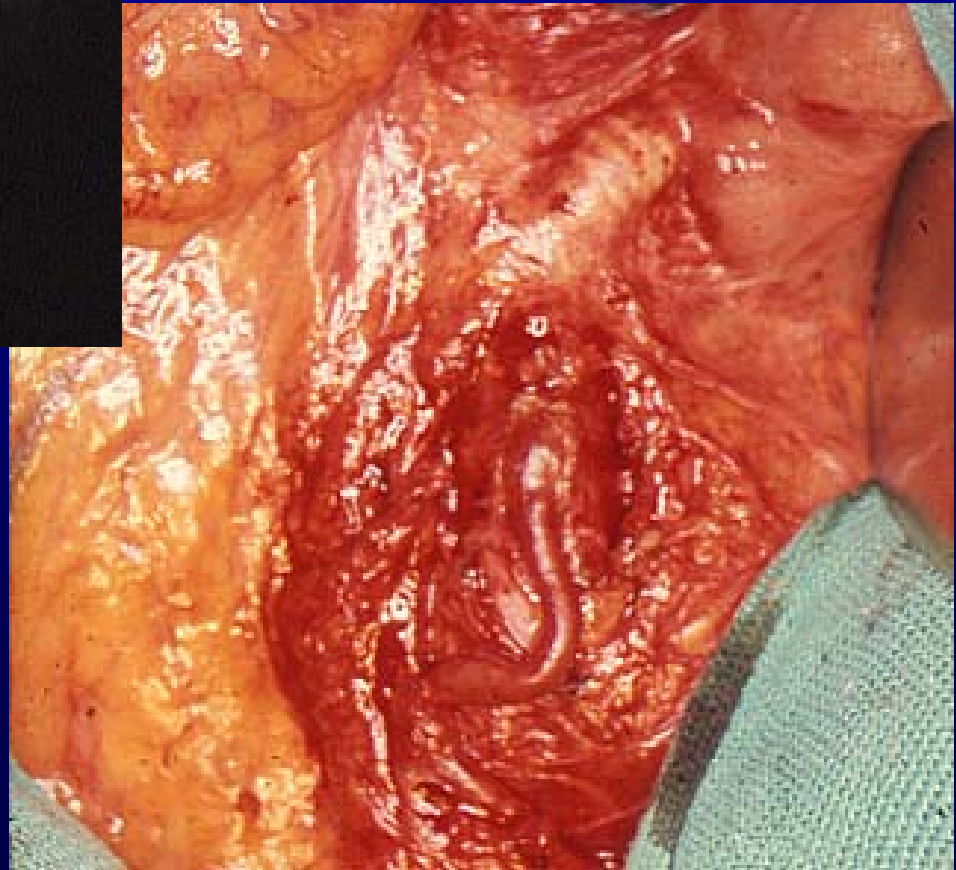
ICM: Esito in 14 paz. Sintomatici

- 1 Deceduto per infarto intestinale massivo mentre era in Reparto in attesa di intervento
- 1 Invariato e perduto al follow up
- 12 Risoluzione post operatoria del Quadro Clinico che in 11 casi si è mantenuta per un follow up variabile da 4 a 20 anni
- *1 solo caso è deceduto dopo 3 anni con dolori addominali*

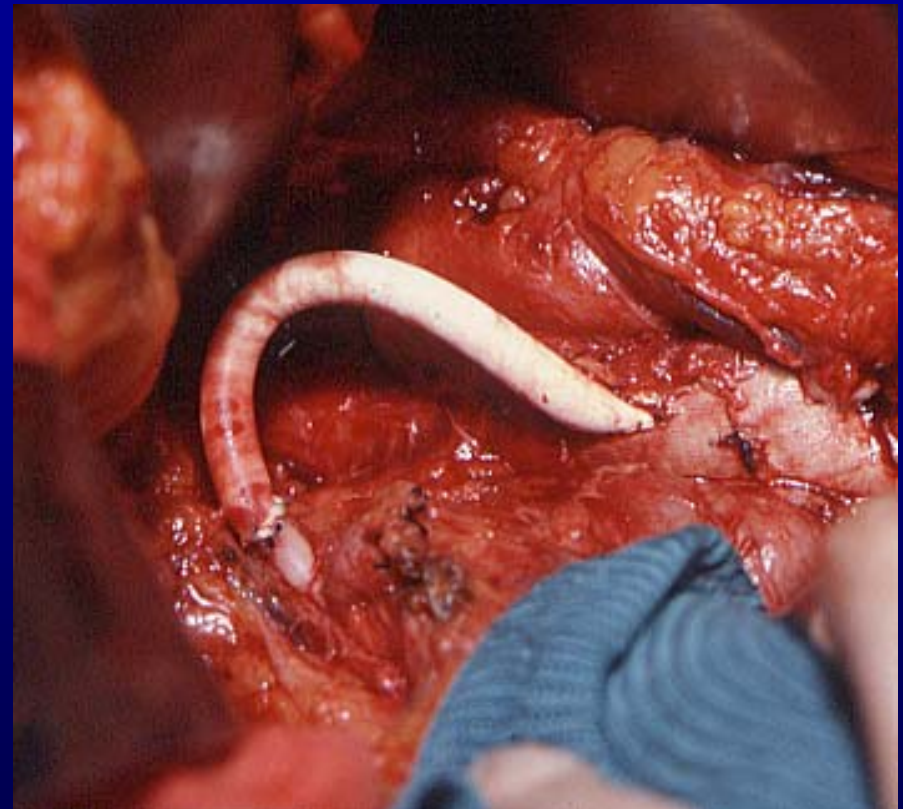
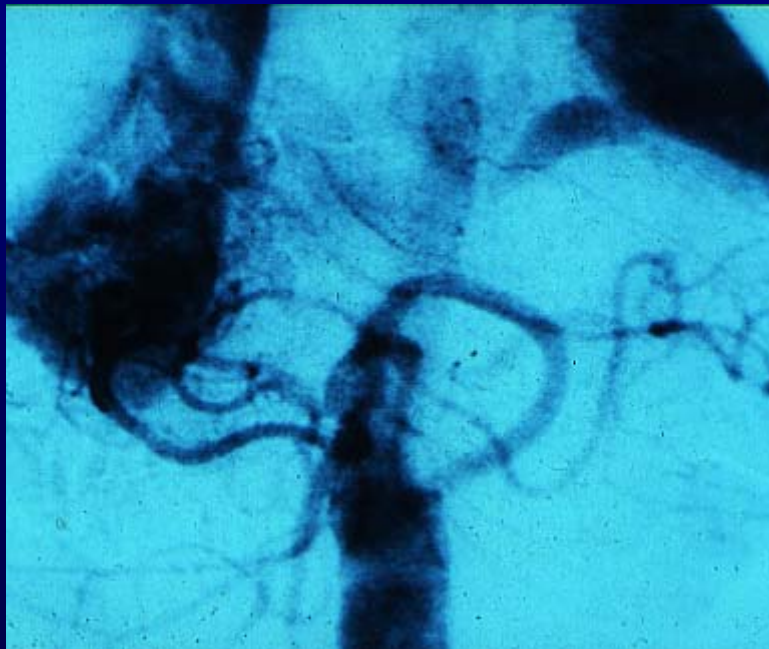


TN, 70aa
Portatore di by-pass
Aorto-Renale Sinistro

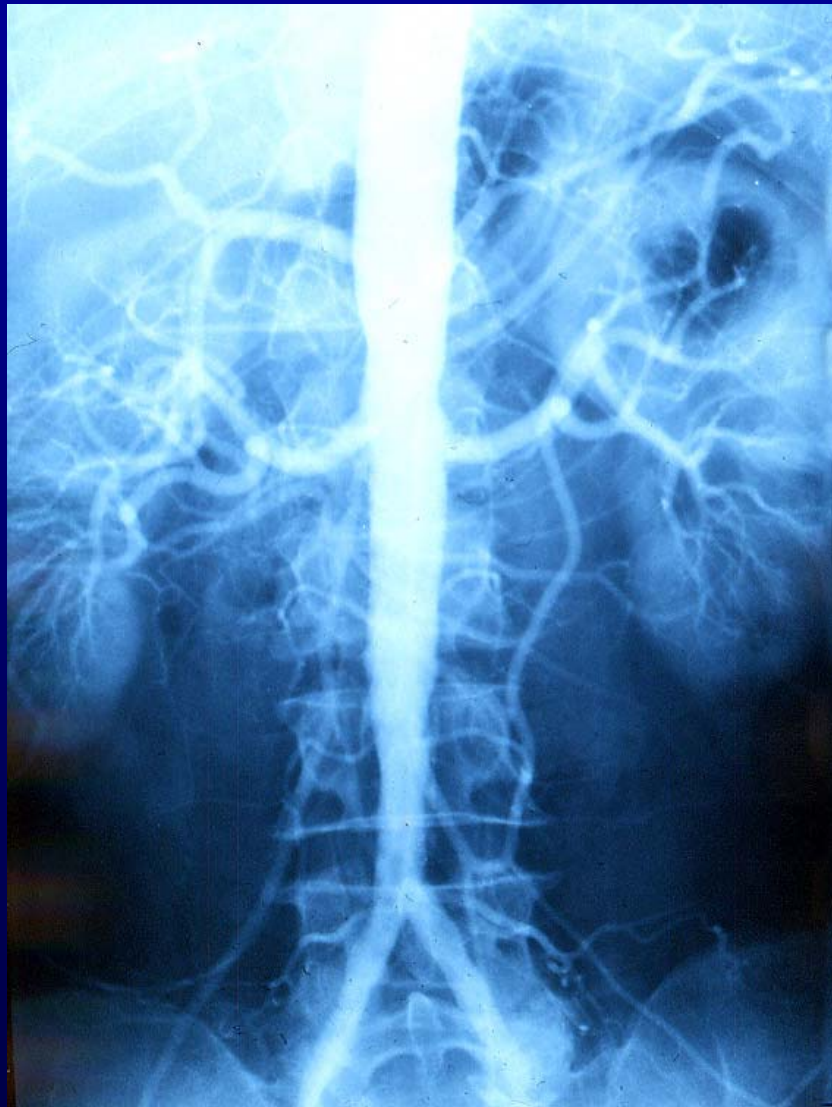
By-pass fra
Aorta e MI



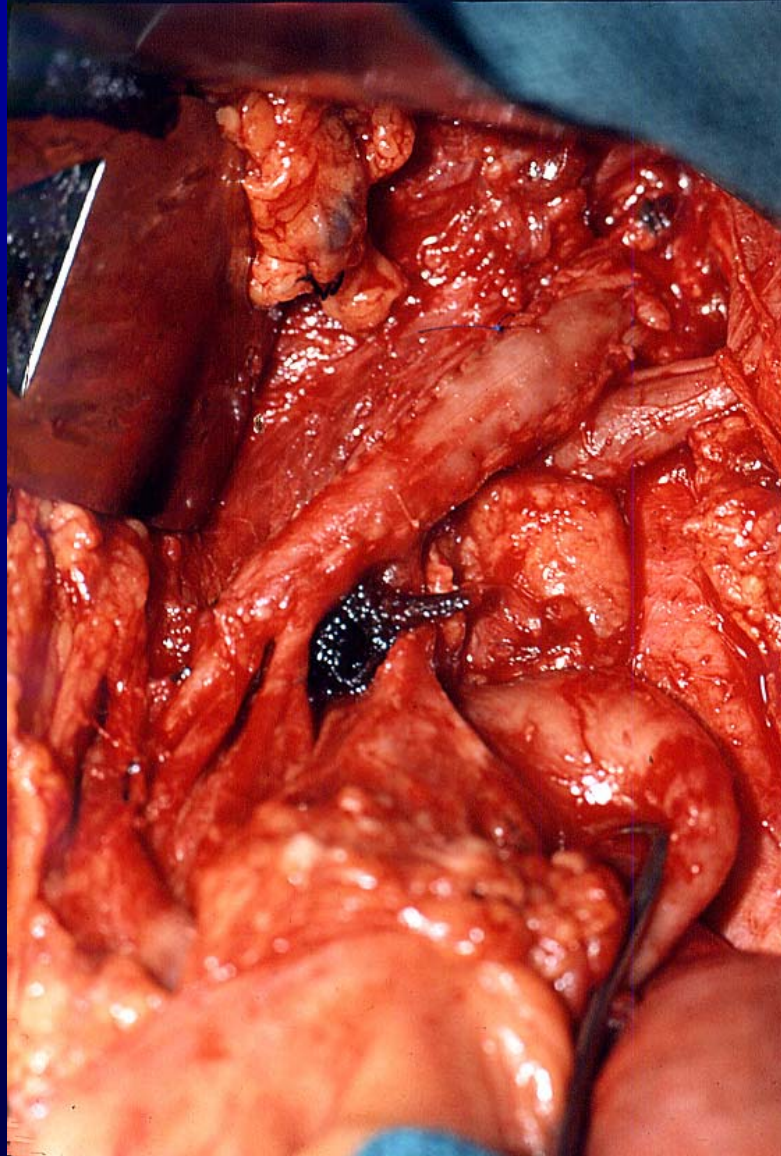
***BE, 64aa: By-pass
fra Aorta e MS***



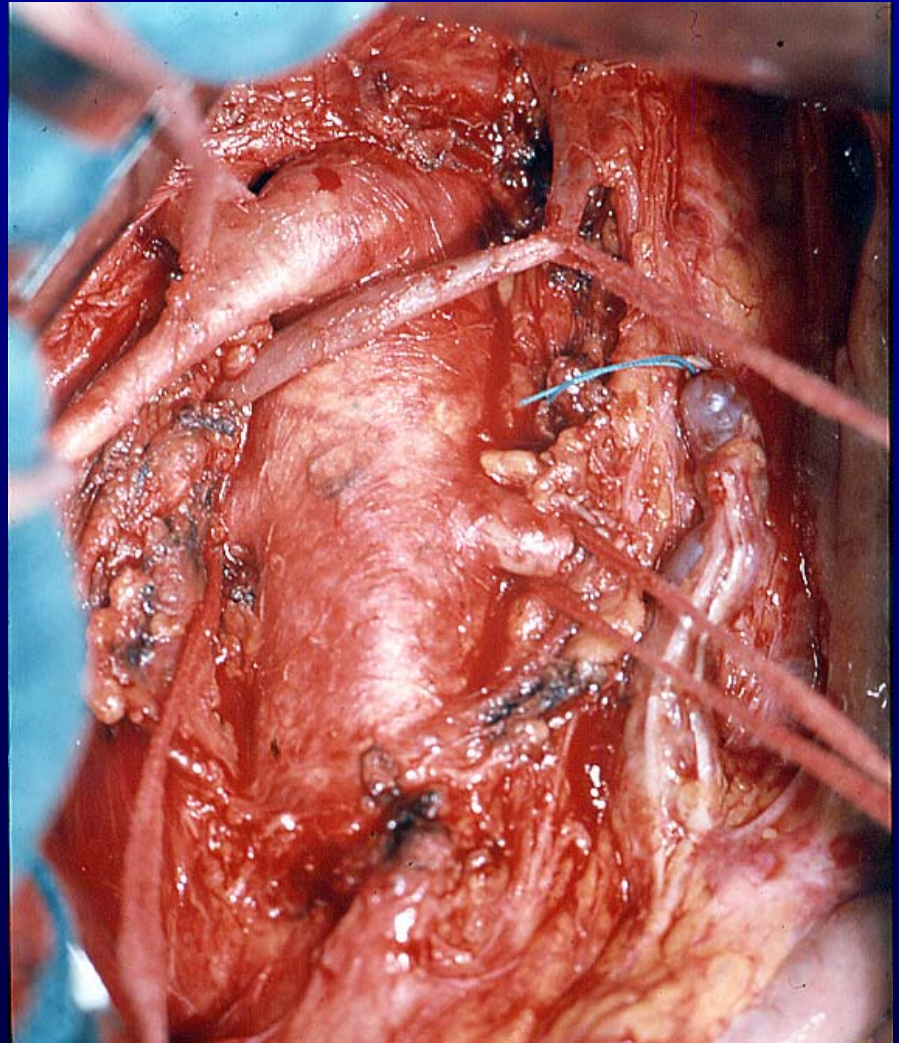
TI, 75aa. TEA della MS



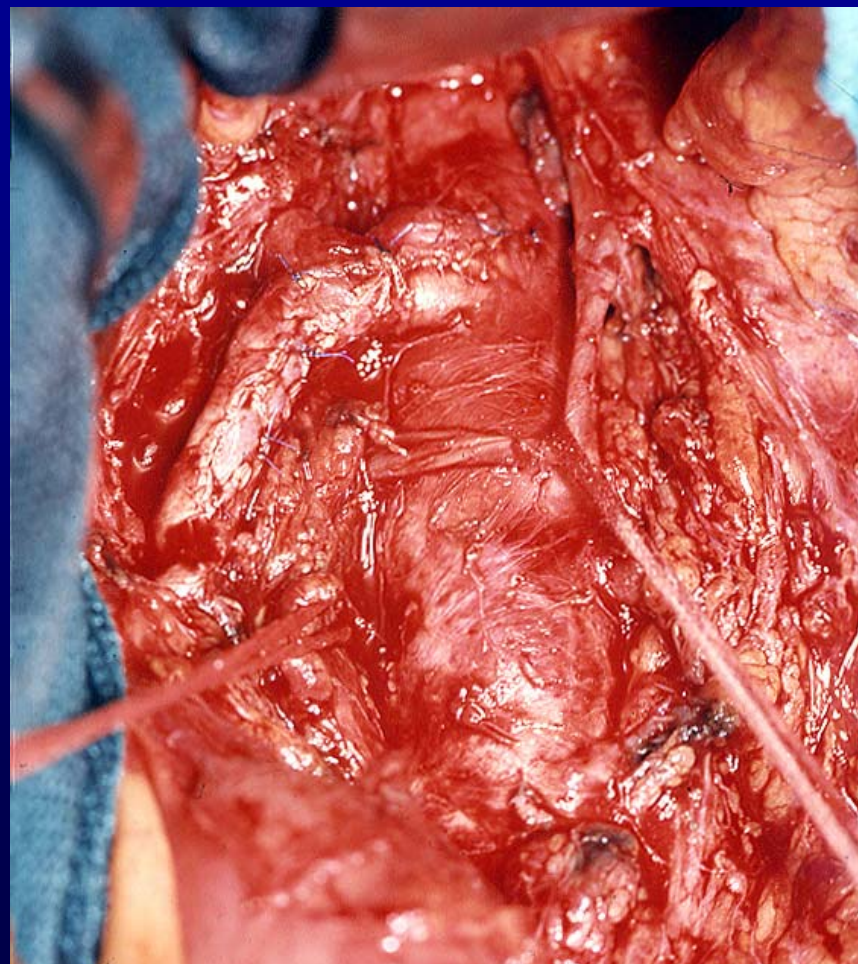
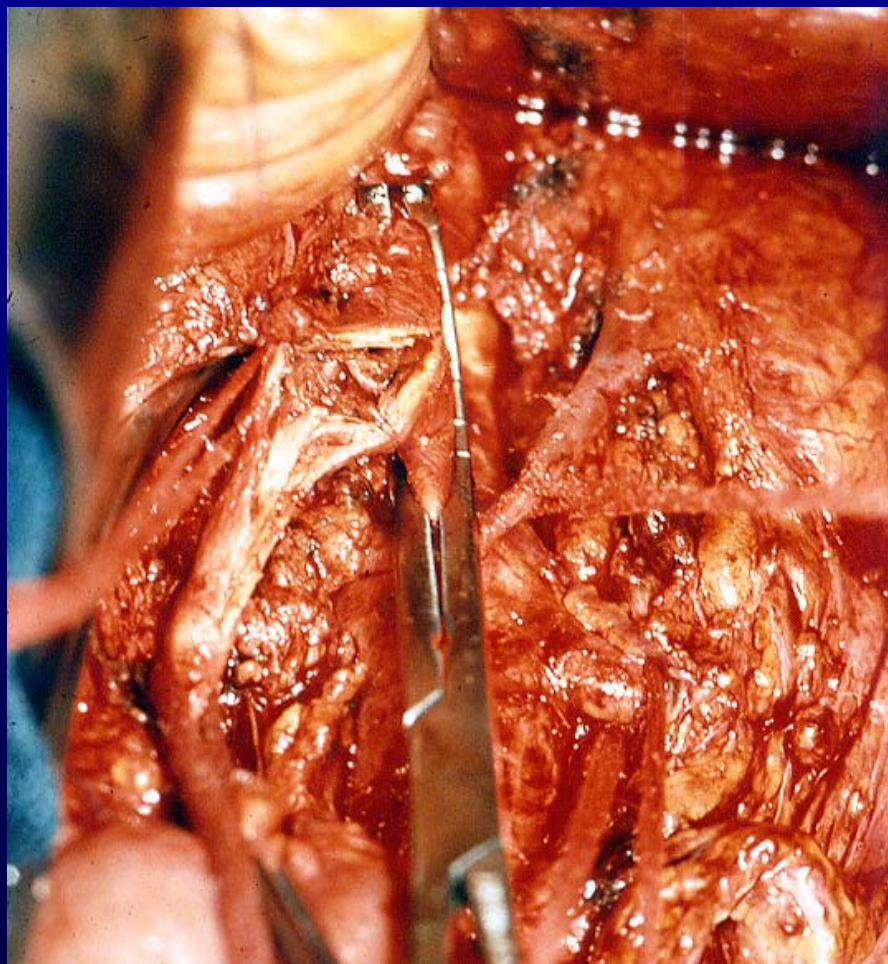
TI, 75aa. TEA della MS



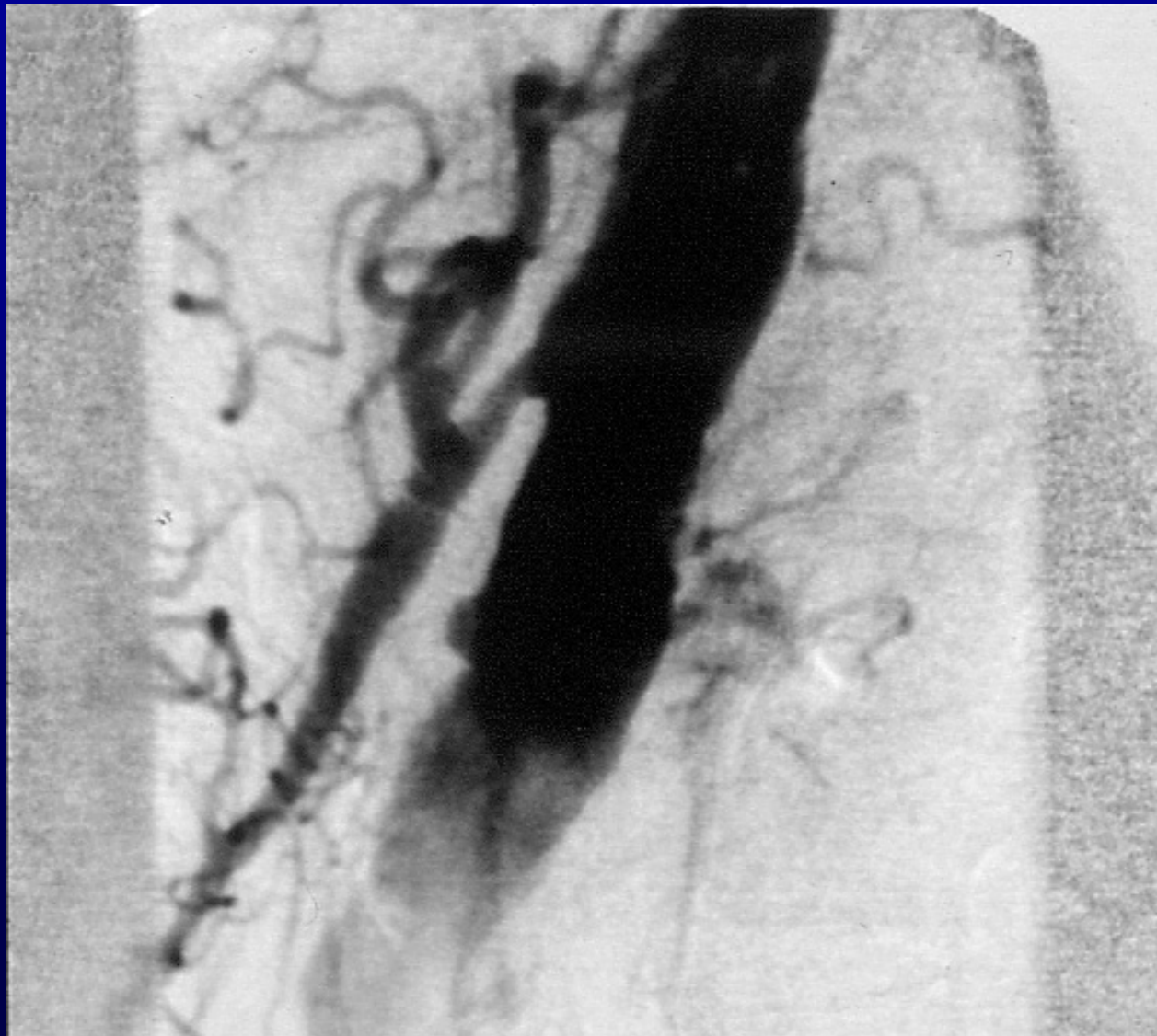
***LG, 74aa. TEA della MS dalla quale
nasce il TC***



*LG, 74aa. TEA della MS dalla quale
nasce il TC*



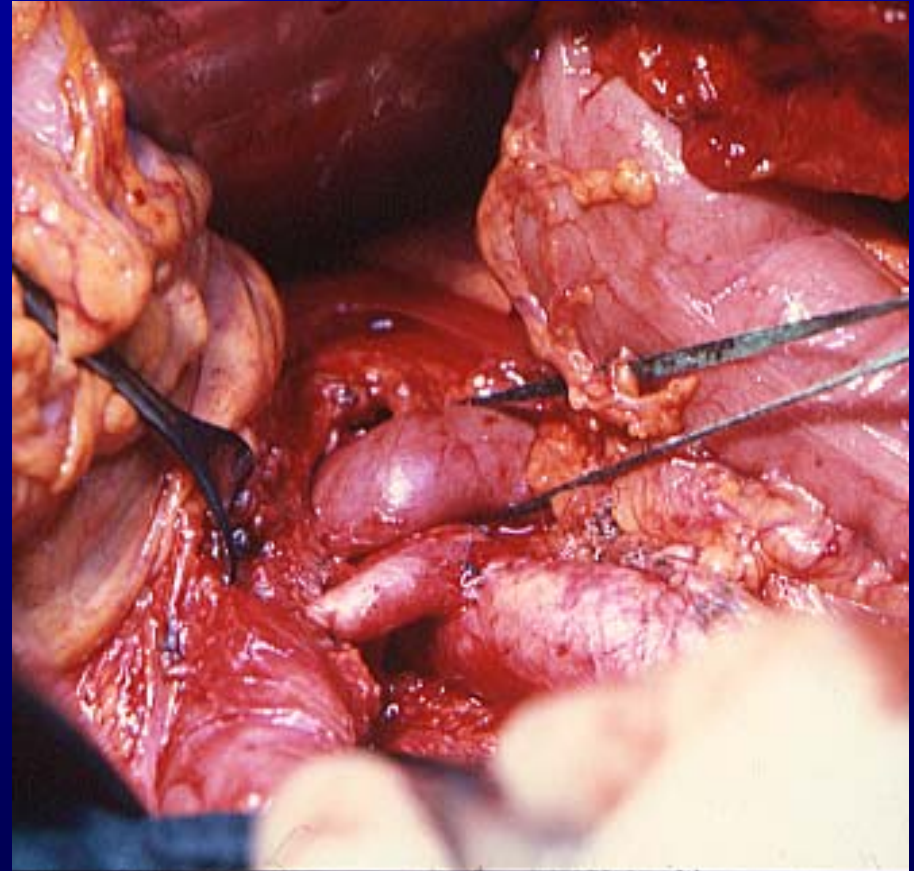
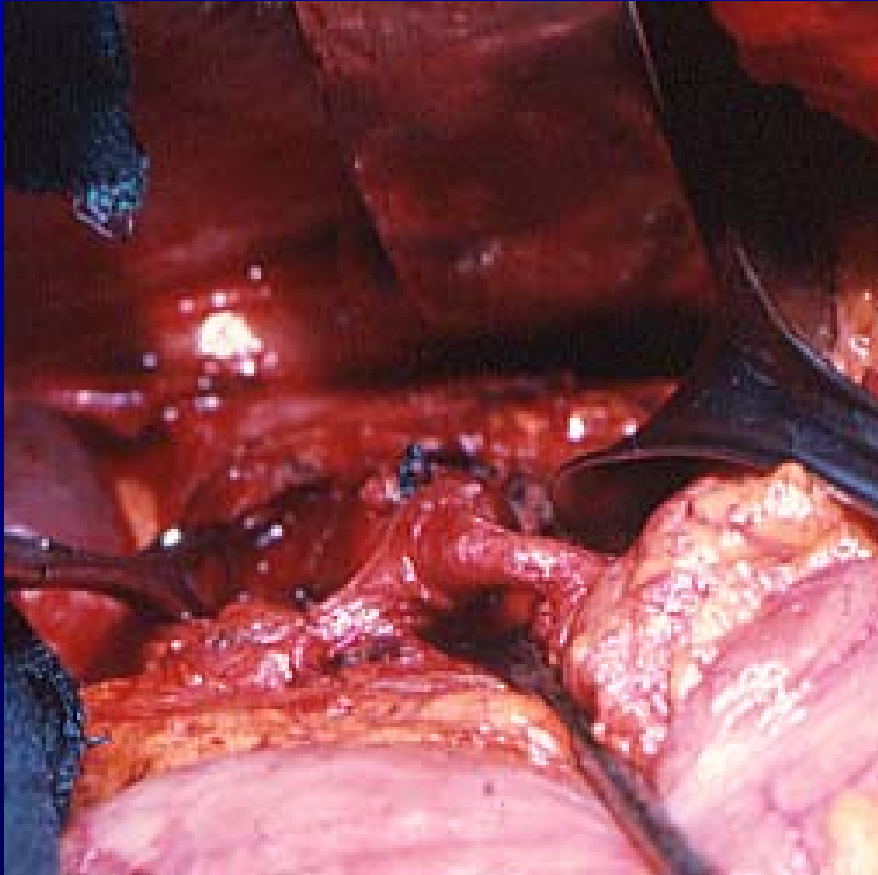
***LG, 74aa. TEA della MS dalla quale
nasce il TC: Controllo a 10 aa***



DD, 58aa: TEA e Reimpianto di TC e MS



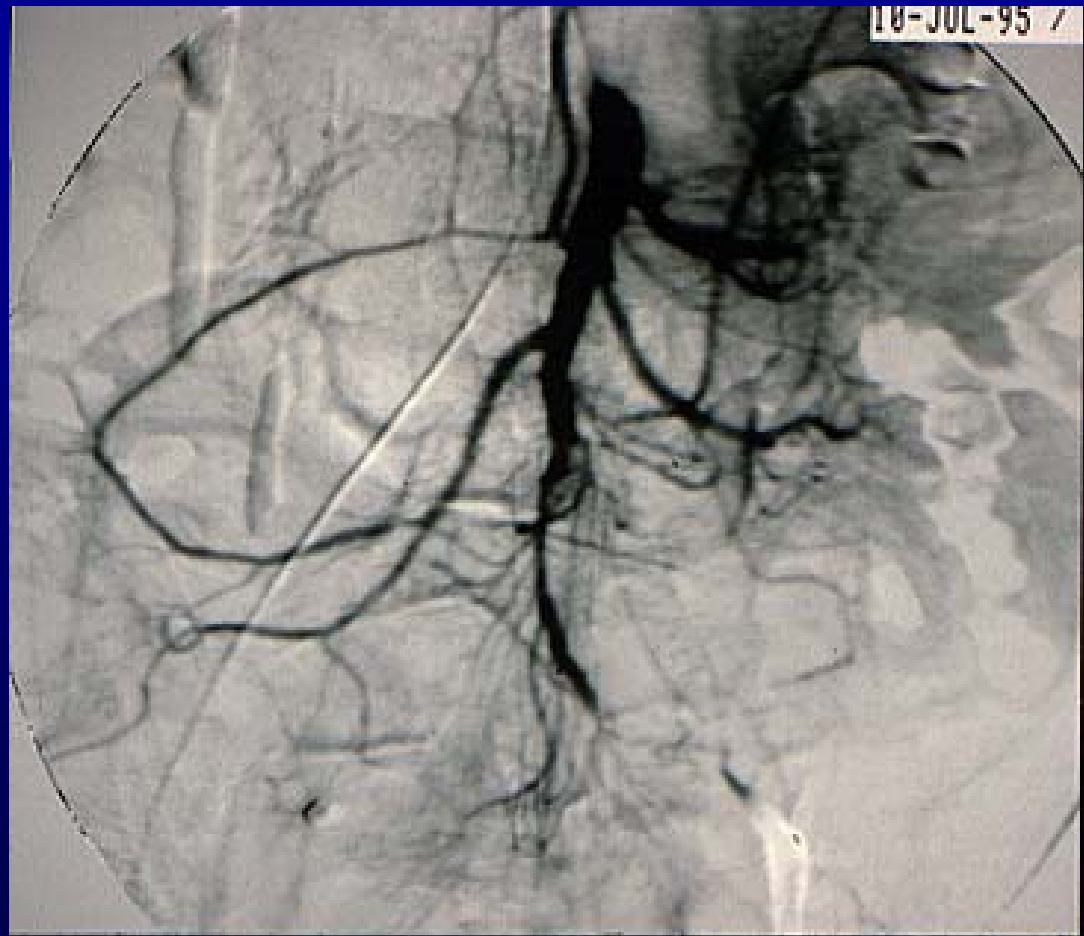
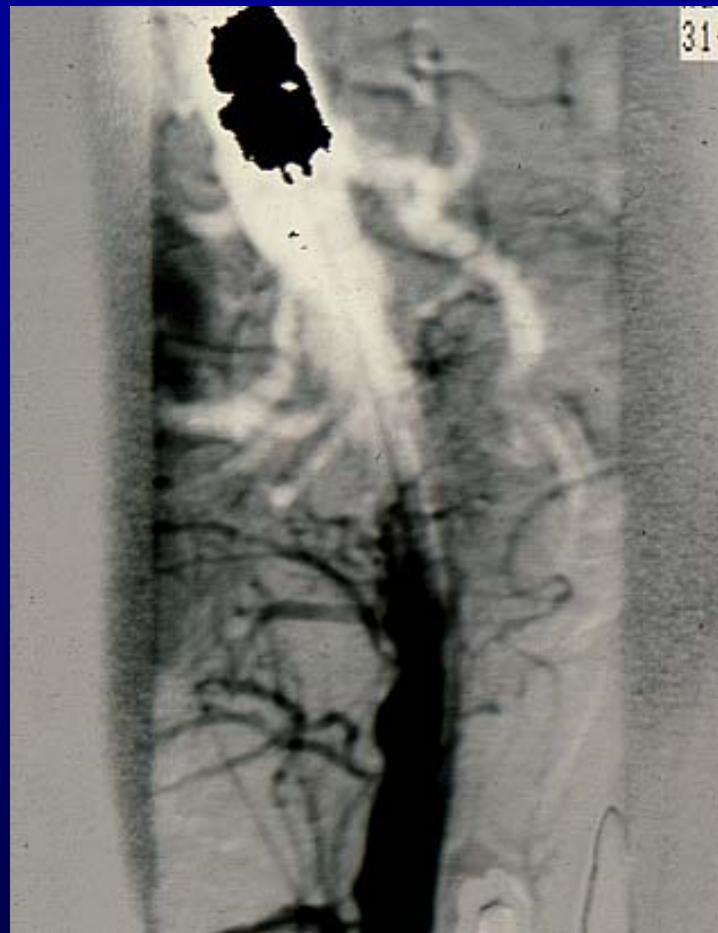
DD, 58aa: TEA e Reimpianto di TC e MS



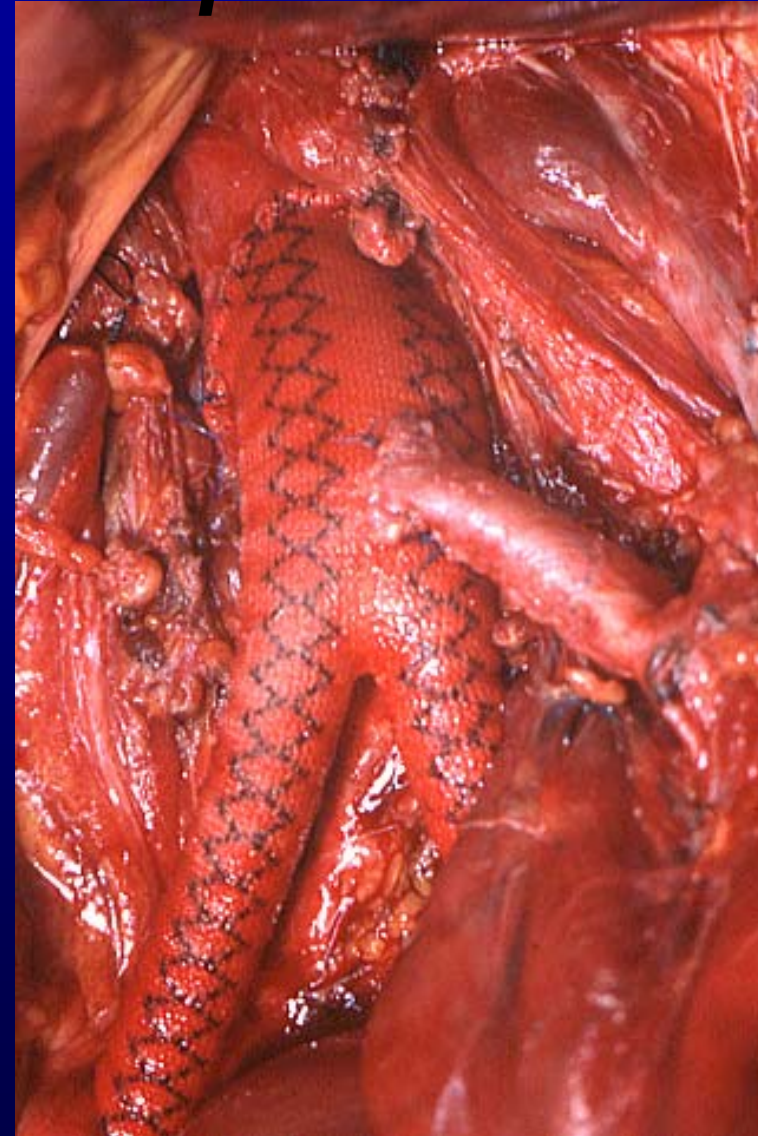
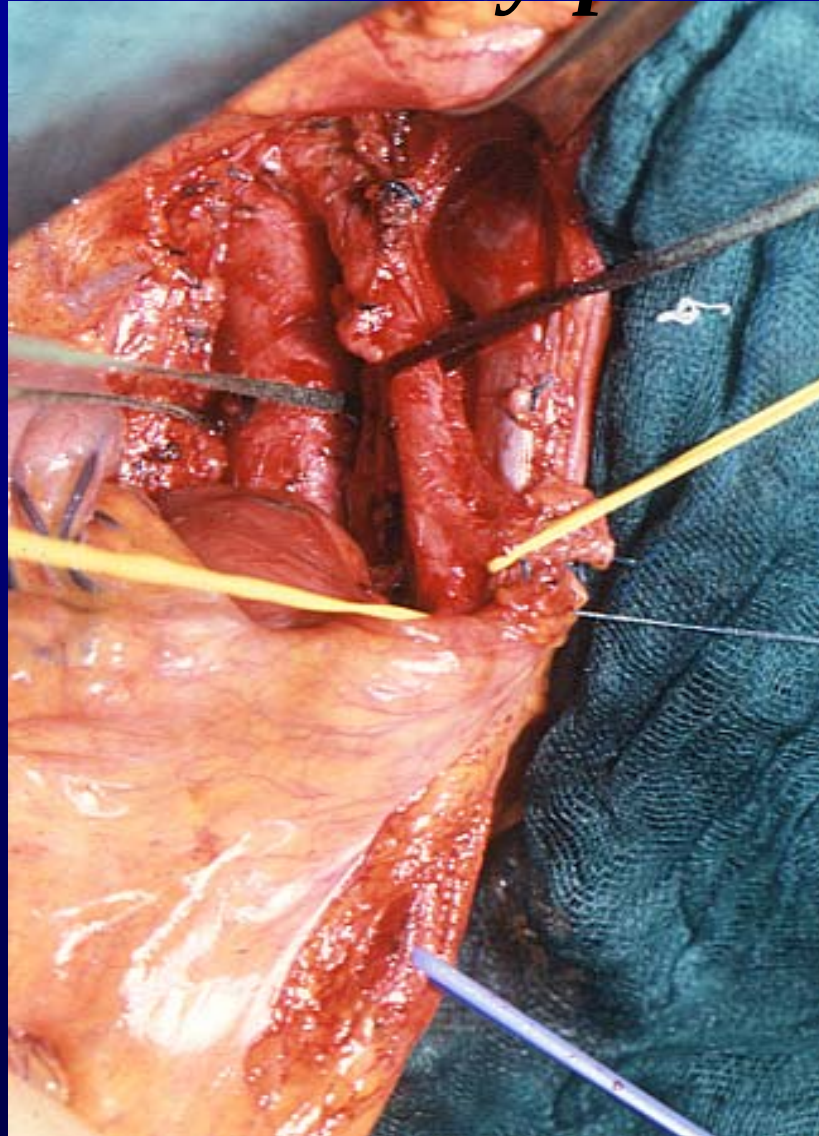
DD, 58aa: TEA e Reimpianto di TC e MS



**MM, 60aa: TEA lunga di MS e Reimpianto
su by-pass Aorto-Bifemorale**



MM, 60aa: TEA lunga di MS e Reimpianto su by-pass Aorto-Bifemorale



***MM, 60aa: TEA lunga di MS e Reimpianto
su by-pass Aorto-Bifemorale***



Infarti Intestinali (mortalità dal 50 al 70%) (*Da Ostruzione Arteriosa, Venosa e senza Ostruzione*)

- **Frequenza degli Infarti Intestinali**
0,4% di tutte le urgenze
1% delle Lapartomie d'Urgenza
- **Le forme con Ostruzione Arteriosa**
sono circa i 2/3 del Totale
- **Gli Infarti Massivi**, conseguenza dell'ostruzione dei Grossi Tronchi Mesenterici sono circa 1/3
- Si può calcolare che il **rapporto fra Forme Acute e Forme Croniche della ICM** è fra 50 e 100 / 1

Infarti Intestinali

- L'intestino tollera la ischemia per 5 - 6 ore
- La Mortalità è ancora del 50 - 70 %
- Nelle forme di Infarto Massivo, che sono circa un terzo del totale, e colpiscono prevalentemente persone molto anziane, l'intervento si limita di solito ad una laparotomia esplorativa poiché l'intestino all'intervento è già in necrosi dal duodeno a metà colon trasverso perciò la mortalità è vicina al 100%

980 Aortografie A-P e Laterali

- *70 casi con stenosi del 50% di almeno un vaso mesenterico*
- *dei 15 pazienti (1,5 %) che avevano lesioni significative dei tre vasi, l'86 % ha sviluppato una chiara ICM , altri dolori addominali non altrettanto ben classificabili ma violenti o è morto*

Thomas JH, Blake K et al.

The clinical course of asymptomatic mesenteric arterial stenosis

J Vasc Surg 1998

Conclusioni 1

- **Il sospetto Clinico di ICM è relativamente facile su base clinica poiché la sintomatologia è tipica**
- **La terapia chirurgica se correttamente eseguita da risultati buoni e, nella maggioranza dei casi, duraturi**

Conclusioni 2

- La ICM è meno rara di quanto dicano le casistiche cliniche
- Noi non ne facciamo la diagnosi o la facciamo troppo tardi probabilmente perché la si considera rara e poco probabile mentre la ICM rara non è se si mettono nel conto anche gli infarti intestinali massivi che ne sono la tragica conclusione

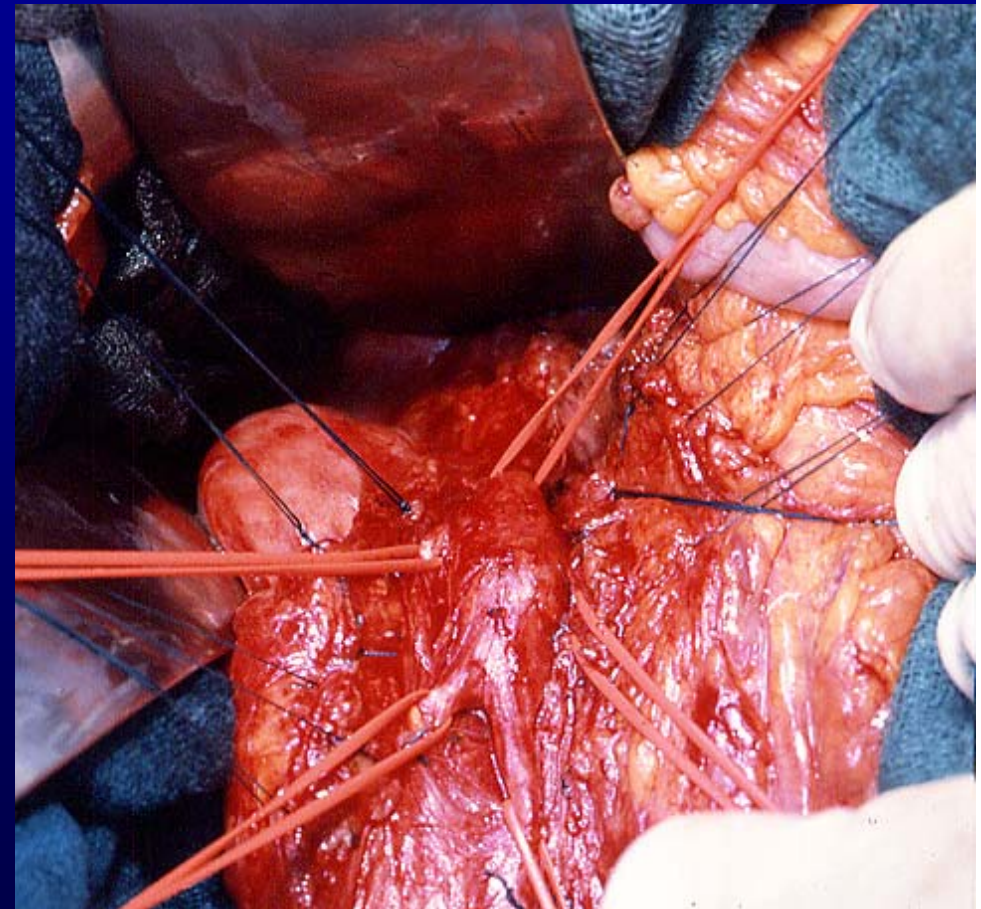
Conclusioni 3

- **Occorre valorizzare queste semplici osservazioni diffondendo le indagini e gli interventi preventivi**
- **Così come non si opera un aneurisma dell'aorta senza avere ben studiato le carotidi e le coronarie occorrerebbe che tutti i pazienti con fattori di rischio e dolori addominali facessero una angiografia (Chabert 1999) (o un EcoDoppler se possibile)**
- **Occorrerebbe considerare nei casi a rischio un intervento o una procedura Endovascolare profilattica**

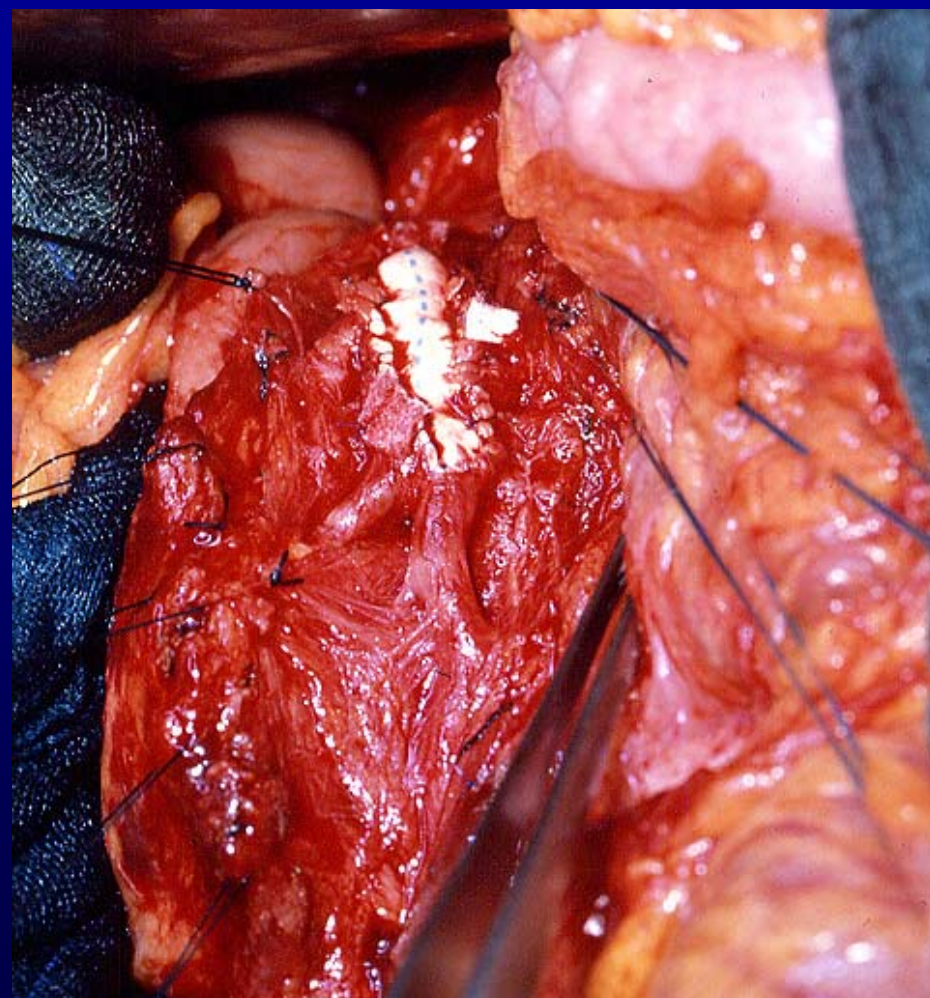
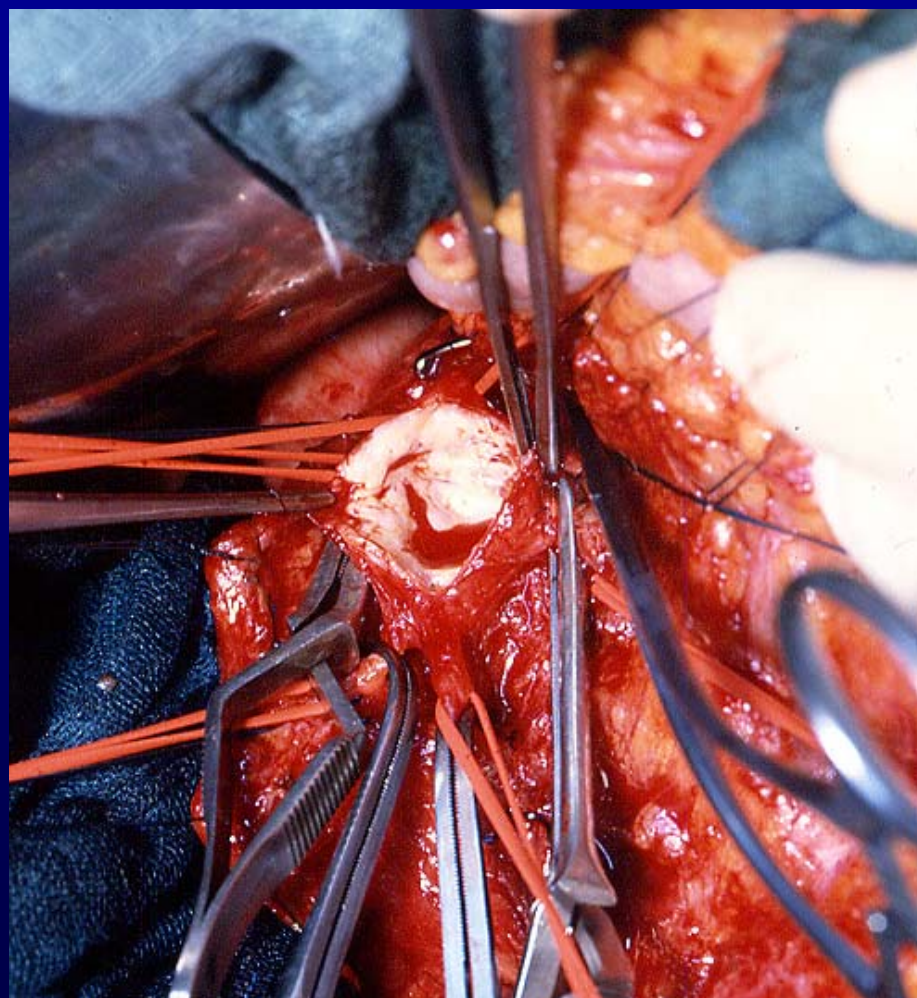
ICM: 5 pazienti Asintomatici

1 Aneurisma MS	By-pass	Bene a 6 aa
4 stenosi TC e Ostruz. MS e MI	4 TEA e reimpianto sottorenale MS	4 Bene da 1 a 10 aa

***BA, 50aa. Aneurisma MS
Intervento di Resezione come profilassi di
Trombosi Acuta***



***BA, 50aa. Aneurisma MS
Intervento di Resezione come profilassi di
Trombosi Acuta***



***BA, 50aa. Aneurisma MS
Intervento di Resezione come profilassi di
Trombosi Acuta***

