

ANEMIA E GASTRITE DA FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI

Dott.ssa Anna Postogna
Specializzanda in Medicina Interna
SC Medicina Clinica



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**

CASO CLINICO

Uomo di **62 anni**

Lamenta **febbre da 10 giorni non responsiva a terapia antibiotica (amoxicillina) + tosse**

EO TC 39.3 FC 108 bpm PA 155/80 mmHg polipnea, SaO2 94% crepitii base di sinistra → **Polmonite?**

Esami di **primo livello** (emocromo, funzionalità d'organo elettroliti glicemia, indici di flogosi):

Leucocitosi

Iponatriemia

PCR 419 mg/L

EGA alcalosi respiratoria

→ **Polmonite**

Rx torace: non lesioni in atto

→ **Polmonite atipica?**

Esami **secondo livello** (diagnostica per polmonite atipica)

Assetto marziale ferritina 6.7 mcg/L - ferro 21 mcg/dL - transferrina 410 mg/dL – saturazione transferrina 3%

SOF x 3: positivo

→ **Legionellosi**

CASO CLINICO

Uomo di **67 anni**

Lamenta **astenia** e **dispnea da sforzo** da 2-3 settimane

Riferisce che da 2 mesi **assume FANS** per dolore al rachide

Esami di **primo livello** (emocromo):

Hb 7.6 g/dL - MCV 71 fL - MCHC 27.1 g/dL → **ANEMIA MICROCITICA IPOCROMICA**

Esami **secondo livello** (assetto marziale, emolisi, flogosi, depositi folati B12)

Assetto marziale ferritina 6.7 mcg/L - ferro 21 mcg/dL - transferrina 410 mg/dL – saturazione transferrina 3%

Anemia	Normocitica 80-94 fl	Normocromica 27-32 pg	Emolisi
			Emorragie
			Ridotta sintesi
	Microcitica < 80 fl	Ipcromica <27 pg	Sideropenica
			Sideroblastica
			Sideroacrestica
			Talassemie
	Macrocitica >94 fl	Ipercromica >32 pg	Deficit B12/folati
			Alcolismo
			Mielodisplasie

→ ↓ Ferritina
→ ↑ Ferritina
→ ↑ Ferritina
→ ↑/= Ferritina

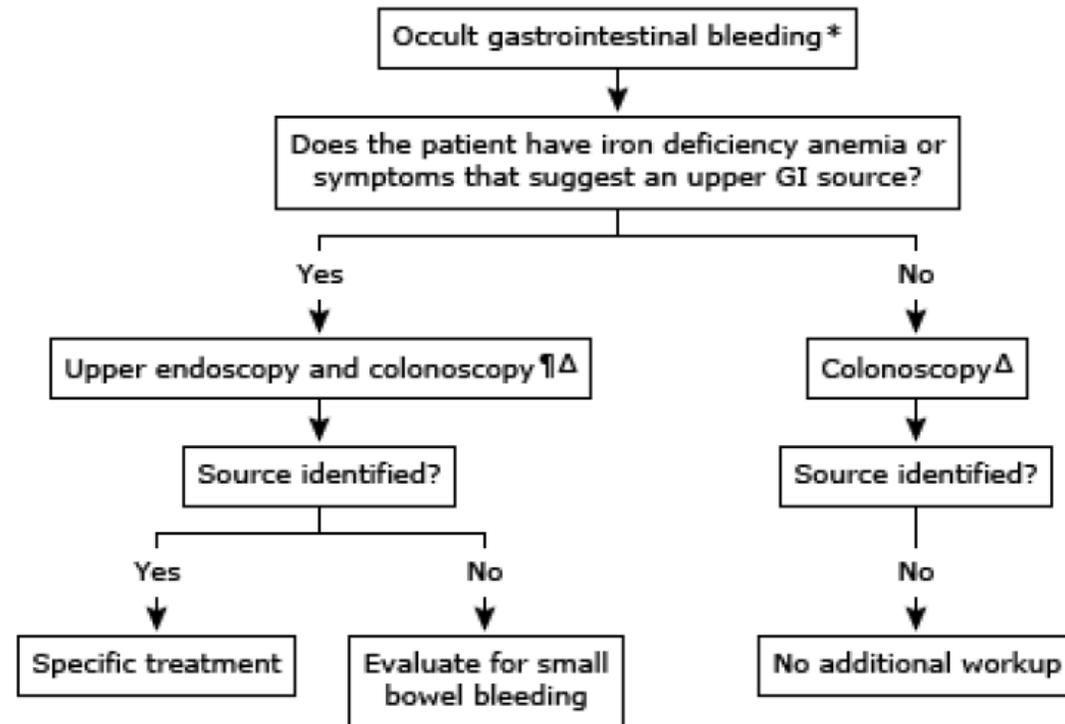
→ **SIDEROPENIA**

1. Sanguinamento
2. Ridotto introito
3. Ridotto assorbimento

SOF x 3: positivo → **SANGUINAMENTO**

Indagini strumentali (vedi età e anamnesi): **EGDS** → **GASTRITE da FANS**

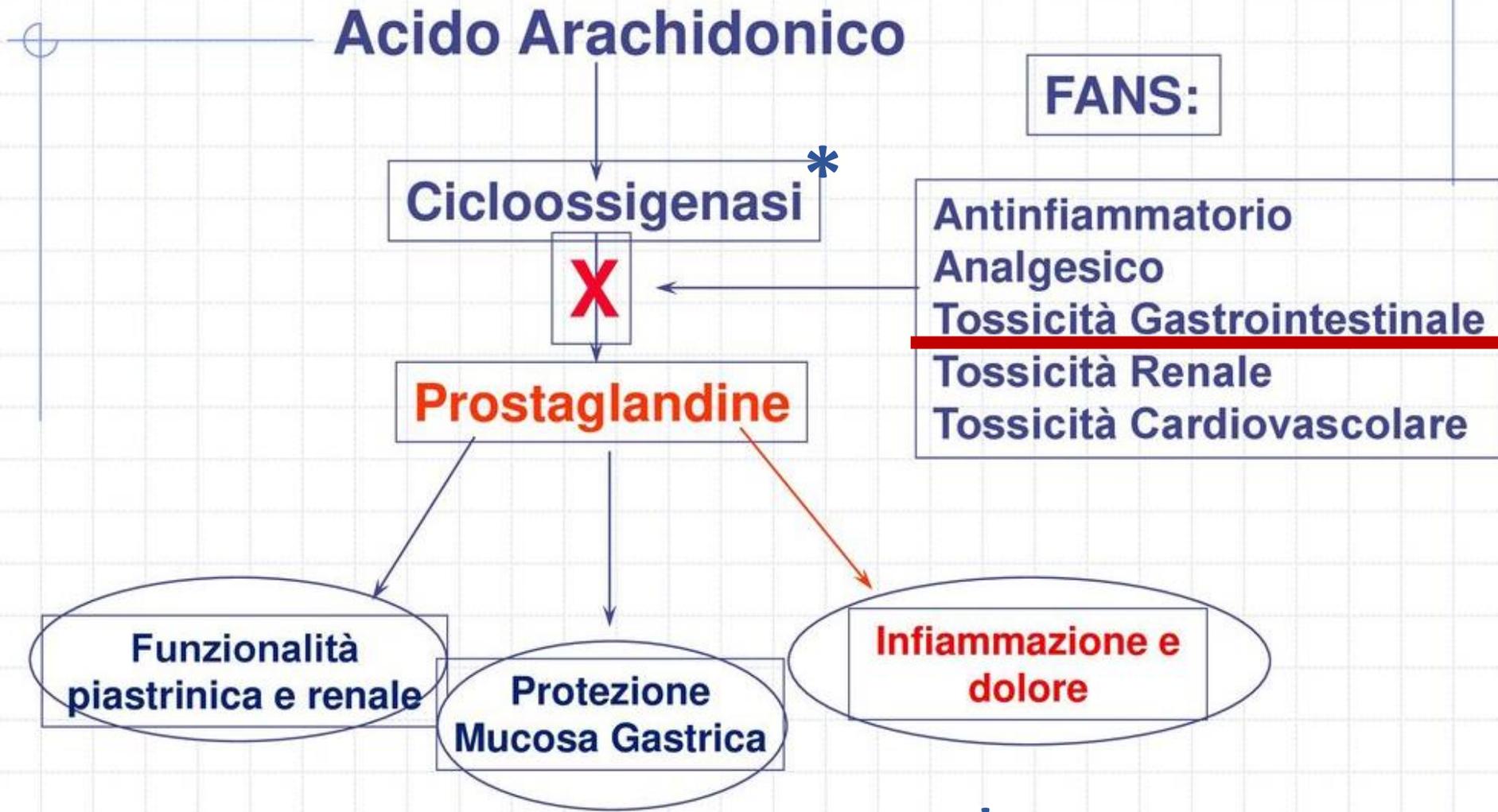
Evaluation of occult gastrointestinal bleeding



Nel paziente di età <65 anni è indicato eseguire prima la EGDS

- La **GASTRITE** è una **infiammazione della mucosa gastrica**
- Può essere classificata:
 - 1) sulla base della **gravità della lesione mucosa** → **erosiva**
→ **non erosiva**
 - 2) sulla base del **tipo di cellule infiammatorie** presenti → **acuta** (infiltrazione di cellule polimorfonucleate della mucosa di antro e corpo)
→ **cronica** (atrofia/metaplasia)
- Può complicarsi → **Ulcera peptica** = **soluzione di continuo della mucosa gastrica, di forma rotonda od ovalare, che supera la muscolaris mucosae** → nei casi più severi posso avere una **perforazione**
- I **FANS** sono la causa più frequente di gastrite acuta e, in generale, sono responsabili del 20% dei casi di gastrite
- La **gastrite emorragica** è una delle cause più frequenti di ricovero ospedaliero d'urgenza (1-4%)

Meccanismo d'azione dei FANS



* COX-1: condizioni fisiologiche
COX-2: condizioni patologiche (flogosi)

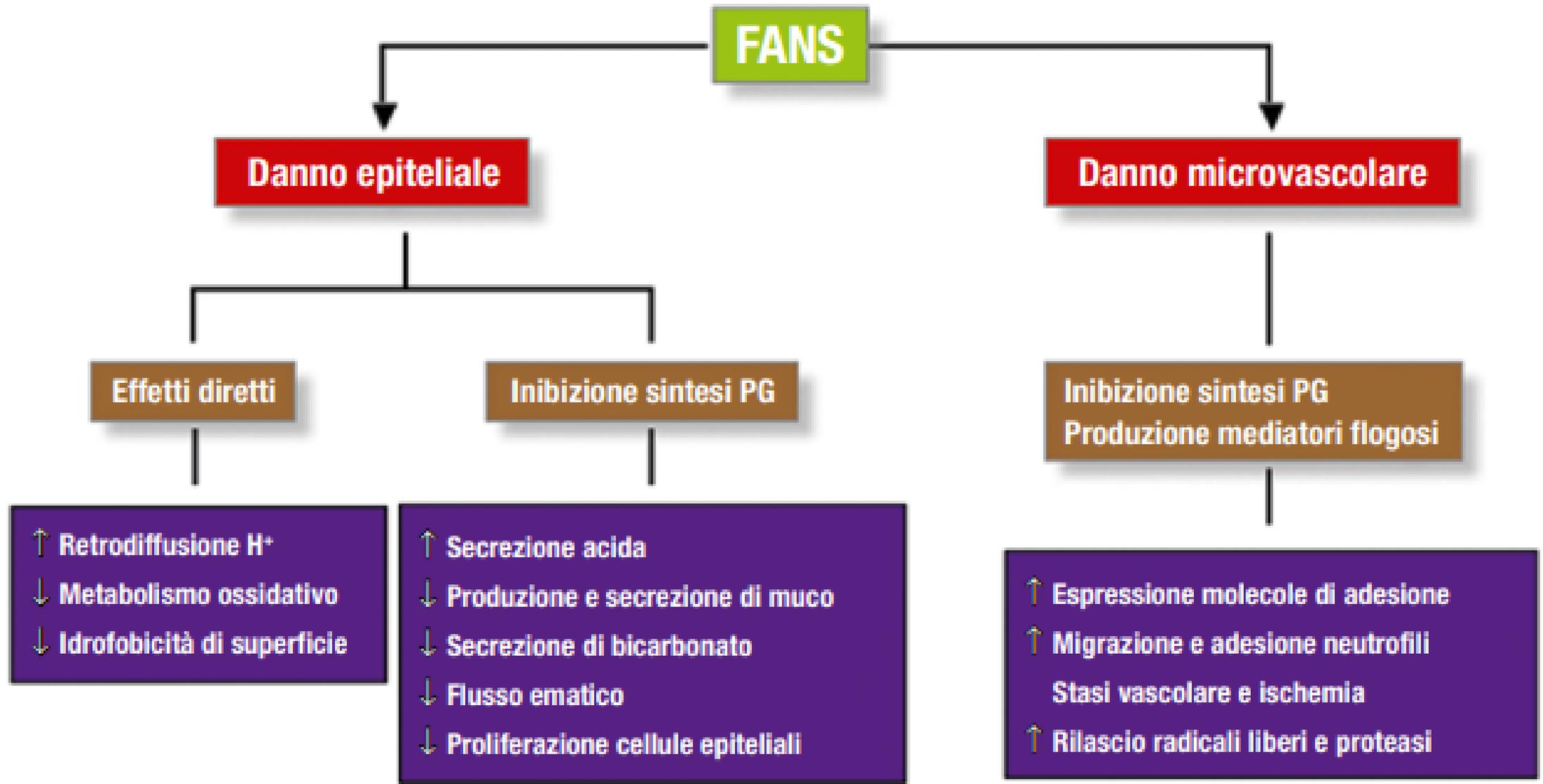
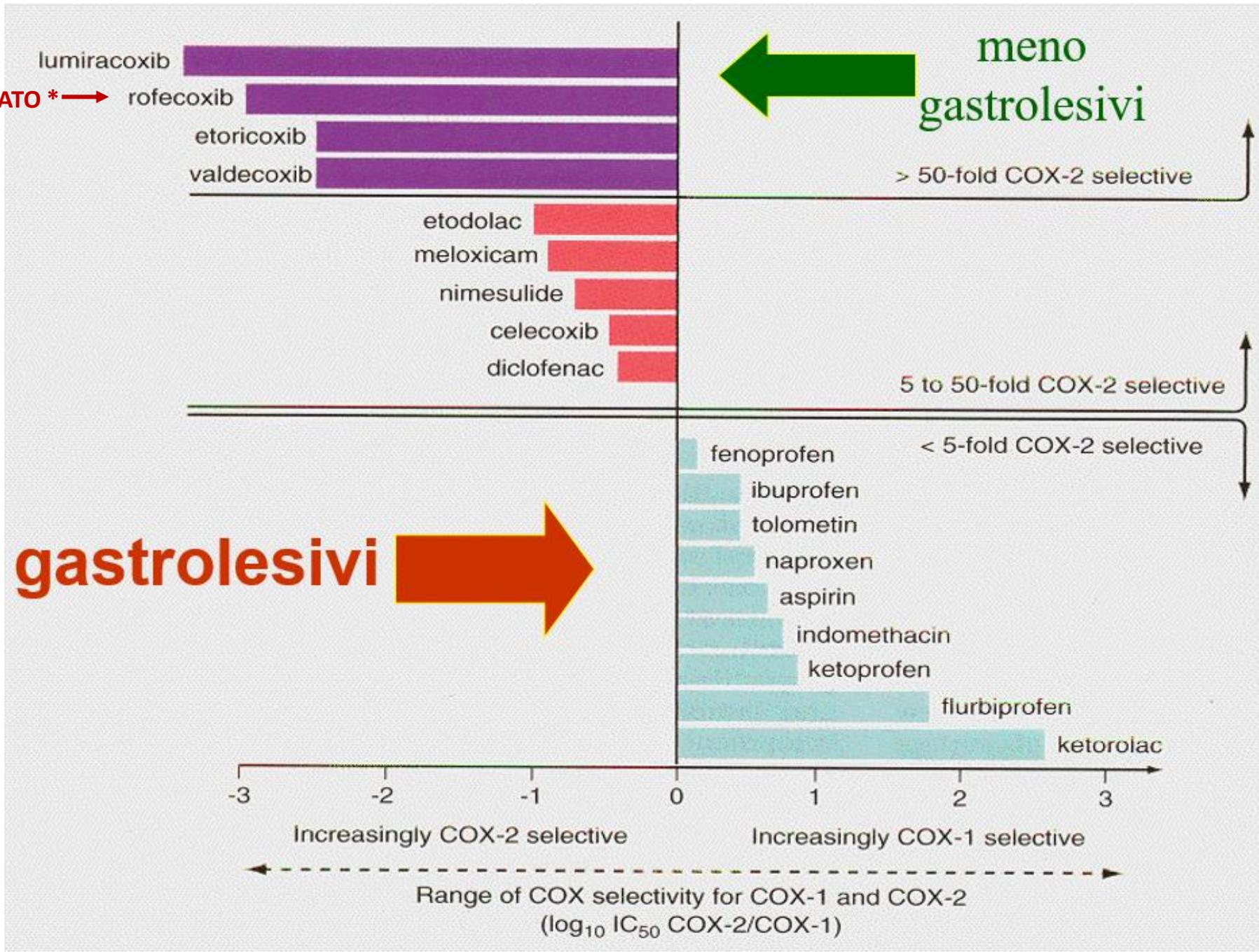


Figura 2.

Meccanismi di danno gastrico da FANS ².

SOSPESO DAL MERCATO * →



gastrolesivi →



meno
gastrolesivi

* NEJM 352;11 2005 Cardiovascular Events Associated with Rofecoxib in a Colorectal Adenoma Chemoprevention Trial

DIAGNOSI

➤ ANAMNESI

- APR: storia di gastrite, MRGE, pregresse ulcere gastriche, pregresse infezioni da H. Pylori
- Abitudini alimentari (caffeine, cibi acidi, cibi piccanti)
- Abitudini voluttuarie (fumo, alcool, droghe)
- Farmacologica (**FANS**, steroidi, antiaggreganti e anticoagulanti, PPI...)

➤ FATTORI DI RISCHIO:

- Età > 65 aa
- Sesso
- Concomitante terapia anticoagulante
- Storia di patologie del tratto digestivo

➤ CLINICA:

- Dispepsia, Piroso, Nausea/Vomito, Algie addominali
- Sanguinamenti visibili: Melena o ematemesi
- Sanguinamenti occulti: **astenia, dispnea**
- Altri segni: pallore cutaneo; ipotensione e tachicardia; Dolore alla palpazione in sede epigastrica



NAUSEA



VOMITING



BURNING



BLOATING

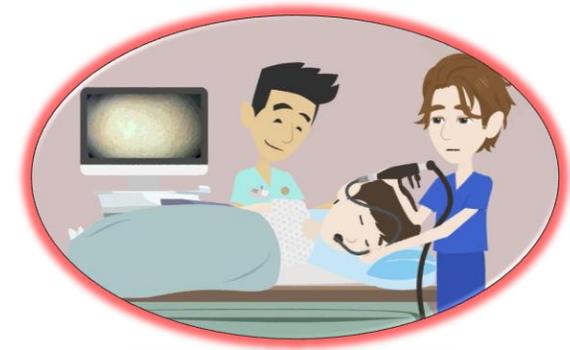


HICCUPS



PAIN

DIAGNOSI 2



➤ LABORATORIO:

- **ESAMI EMATOCHIMICI:**
 - Emocromo: Hb, MCV, MCHC
 - Assetto marziale: sideremia, transferrina, ferritina
- **SOF**

➤ STRUMENTALE:

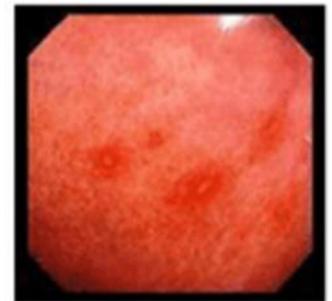
- **Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia**

Endoscopicamente la gastrite acuta è caratterizzata da lesioni della mucosa superficiali, puntiformi, accompagnate da una emorragia di grado variabile (di solito petecchie sottomucose) → nelle forme croniche ulcere aftose

! **Non c'è correlazione tra sintomi e lesioni endoscopiche**

➤ TERAPIA:

- PPI
- Terapia marziale
- Dieta



Gastrite acuta

TAKE HOME MESSAGES

- La **gastrite cronica** nel 50% dei casi è asintomatica
- La **dispnea** può essere sintomo di anemia
- Nell'**anemia microcitica ipocromica** devo valutare l'**assetto marziale** (sideremia, ferritina e transferrina)
- L'**anemia sideropenica** (↓ sideremia e ferritina, ↑ transferrina) può essere **da perdita** (oltre che da ridotto introito o da ridotto assorbimento)
- Nei pazienti con anemia sideropenica con storia suggestiva e fattori di rischio è indicato eseguire l'**EGDS** per inquadrare la causa della perdita
- L'uso dei **FANS** (ancora di più se associati ad ASA!!) può causare gastrite erosiva acuta/cronica che può complicarsi con ulcere gastroduodenali che possono esitare in perforazioni
- L'**EGDS** è il gold standard per la diagnosi di gastrite che è istologica
- [Tutti i pazienti a rischio sono meritevoli di terapia con PPI indipendentemente dalla durata/posologia della terapia con FANS]
- [I COX-2 selettivi sono meno gastro-lesivi ma hanno un aumentato rischio trombotico/cardiacco]
- [La terapia prevede l'avvio di PPI e di terapia marziale]

Grazie per l'attenzione!

