

## **Su un caso di decesso conseguente a massiva emorragia intestinale in soggetto con rettocolite ulcerosa cronica emorragica**

### **Introduzione**

La retto colite ulcerosa rientra nel quadro delle malattie infiammatorie croniche intestinali idiopatiche insieme alla malattia di Crohn; la colite ulcerosa è una malattia ulcero-infiammatoria limitata al colon che interessa solo la mucosa e la sottomucosa nella maggior parte dei casi, ma può interessare la mucosa a tutto spessore nei casi più severi. La colite ulcerosa si estende in modo continuo a partire dal retto e tende ad estendersi in senso prossimale fino ad interessare l'intero colon ("pancolite") (1). Nel decorso della malattia la mucosa colica può apparire lievemente iperemica e granulosa, friabile e facilmente sanguinante; nelle fasi di infiammazione acuta di grado severo la mucosa del colon distale o di tutto il colon può presentare ampie ulcerazioni spesso orientate lungo l'asse del colon. Nella forma cronica asintomatica o nel corso della malattia attiva in fase di riparazione, si ha una progressiva atrofia con appiattimento e diminuzione della stessa (2-3).

Le manifestazioni cliniche della colite ulcerosa si caratterizzano per attacchi a carattere remittente e recidivante di diarrea muco-sanguinolenta che possono persistere per giorni, settimane o mesi e quindi cessare sino al ripresentarsi dopo un intervallo asintomatico di mesi, anni o decenni. Può verificarsi che il primo attacco sia così violento da causare una grave emorragia ed uno squilibrio idroelettrolitico tale da costituire una emergenza medica (4-5). Gli effetti, dunque, di una prolungata perdita ematica possono rappresentare la causa di morte in quei soggetti che non vengono prontamente soccorsi e trasportati in strutture ospedaliere attrezzate.

Viene di seguito segnalato il particolare caso di un decesso conseguente a massiva emorragia intestinale secondaria a rettocolite ulcerosa cronica

### **Il caso**

Trattasi di una donna, 43enne, rinvenuta cadavere supina sul letto della propria abitazione; la biancheria intima, i vestiti, le lenzuola ed il pavimento della camera da letto risultavano intrisi di sangue.

Il medico, chiamato dal convivente, riferiva che da un primo esame la donna presentava un'emorragia rettale e benché la stessa fosse affetta da AIDS ed epatopatia cronica non poteva accertare le cause del decesso. Il convivente, in evidente stato confusionale per abuso di alcool, non aveva dato spiegazioni dell'accaduto.

Due giorni prima del decesso la donna accusava per circa un'ora un malore con perdite di sangue sia dal retto che dalla vagina. La sera prima del decesso, verso le ore 23, iniziava a sentire nuovi dolori allo stomaco con conseguenti copiose perdite di sangue.

Il convivente della donna dichiarava che mentre era in casa in compagnia della sua convivente la sera del decesso questa aveva iniziato a lamentare forti dolori allo stomaco e ad avere copiose perdite di sangue e di "pezzi di fegato dall'utero e dal retto"; aveva cercato di prestarle soccorso stendendola sul letto e cercando di contattare il 118 e uscendo per chiamare i vicini. Facendo ritorno nell'appartamento trovava la convivente distesa sul letto senza vita; allora cominciava a ripulire il sangue che si trovava sul pavimento del bagno e della camera e, dopo aver bevuto abbondantemente, si distendeva su un letto.

Sulla base dei dati circostanziali e di sopralluogo nasceva l'ipotesi di un omicidio a sfondo sessuale e per questo il convivente veniva indagato.

La donna era una ex tossicodipendente, alcolista, con malattia infiammatoria cronica intestinale (retto-colite ulcerosa cronica emorragica), portatrice di infezione da HIV, cirrosi epatica micro-macronodulare HCV correlata scompensata, anemica cronica, deficit coagulativo ed esofagite erosiva con varici esofagee ed era fortemente defedata.

Già in passato la donna aveva avuto numerosi ricoveri in ospedale per la grave anemizzazione e più recentemente per le abbondanti emorragie intestinali conseguenti alla malattia infiammatoria cronica dell'intestino.

L'esame esterno del cadavere metteva in evidenza che il corpo si presentava ampiamente imbrattato di sangue essiccato, di colore rosso vivo soprattutto nella zona dei genitali e dell'ano. Il sangue proveniva dall'orifizio anale. La cute perianale era lievemente disepitelizzata per iniziale macerazione superficiale, erano presenti un prolasso dell'orifizio anale con pacchetto emorroidario procidente e piccole ragadi in assenza di lesioni traumatiche e lacerazioni a livello di ano e vagina.

L'autopsia evidenziava, inoltre, un quadro di esofagite con varici non sanguinanti al terzo inferiore, una cirrosi epatica micro e macronodulare, alterazioni della mucosa intestinale con abbondante infarcimento emorragico dell'ultimo tratto del colon e del sigma-retto (quadro compatibile macroscopicamente con una rettocolite ulcerosa emorragica sanguinante) (fig. n. 1 e 2) ed una anemizzazione poliviscerale.

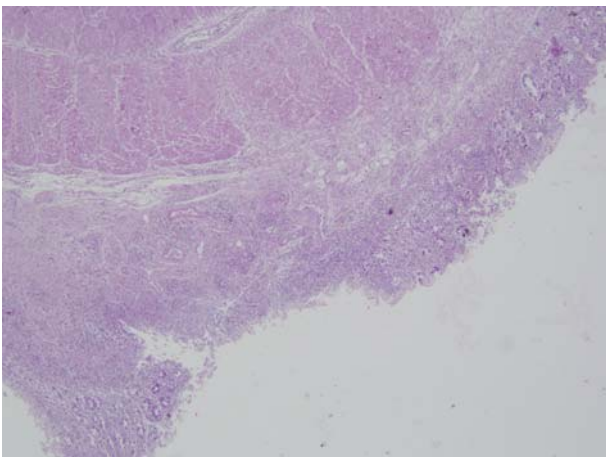


**Fig. 1: infarcimento emorragico della mucosa del retto**

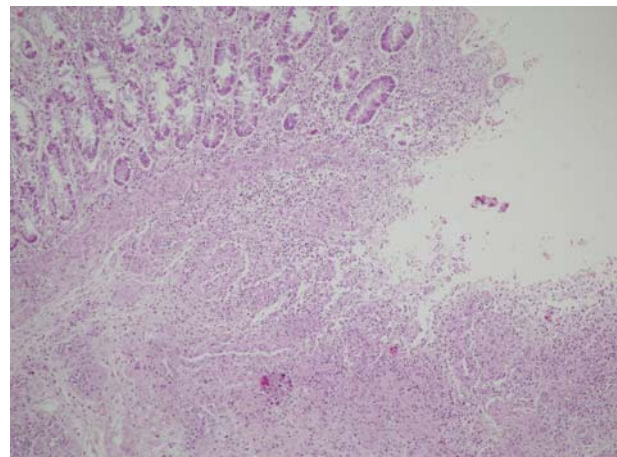


**Fig. 2: infarcimento emorragico del sigma**

Gli esami istologici confermavano la cirrosi epatica micro e macronodulare ad impronta steatosica e le ulcere della mucosa colica compatibili con rettocolite cronica ulcerativa (fig. n. 3 e 4).



**Fig. 3: ulcera del colon (EE 4x)**



**Fig. 4: ulcera del colon (EE 10x)**

L'esame chimico-tossicologico escludeva la presenza di sostanze d'abuso, psicofarmaci ed alcool.

### **Considerazioni e conclusioni**

Nella pratica medico-legale si osserva che le emorragie intestinali sono causa di morte soprattutto in persone che vivono sole o in condizioni disagiate o, comunque, che non si sottopongono a controlli medici frequenti.

La malattia solitamente inizia nell'area retto-sigmoidea per estendersi prossimamente fino ad interessare l'intero colon, o fino ad includere dall'inizio la maggior parte del grosso intestino (6-7). Le alterazioni patologiche si caratterizzano con ascessi a carico della cripte intestinali ed una necrosi epiteliale con ulcerazioni della mucosa. La manifestazione clinica usale si ha con una serie di attacchi di diarrea ematica che variano per intensità e durata, separati da intervalli asintomatici (8). Un attacco può essere acuto e fulminante con improvviso e violento sanguinamento, perforazione intestinale ed una profonda tossiemia. Nella maggior parte dei casi le emorragie intestinali conseguenti alla colite ulcerosa sono croniche e soltanto in una piccola percentuale di casi il sanguinamento è massivo e letale.

In alcuni casi la morte è favorita e/o accelerata da un defedamento organico sistemico o comunque da alcune patologie croniche correlate o meno alla malattia infiammatoria cronica intestinale (9-10).

Nel caso in esame i dati circostanziali riguardanti il decesso, indicavano che la donna aveva avuto abbondanti perdite ematiche (apparentemente dall'ano e dalla vagina) sia la sera del decesso sia la sera precedente.

Visto il marcato stato di anemizzazione degli organi viscerali rilevato all'autopsia, il quantitativo di sangue perso a causa dell'episodio di abbondante retto-enterorragia, doveva essere globalmente di circa 1.500-2.000 cc.. E' evidente, in tal senso, che il deficit coagulativo della donna favoriva il sanguinamento intestinale irrefrenabile (per allungamento dei tempi di sanguinamento ed ostacolo all'emostasi autonoma) mentre l'anemia cronica accelerava il decesso (per riduzione o compromissione dell'eritropoiesi).

L'esame necroscopico chiariva inoltre che l'emorragia era soltanto di origine intestinale e non vaginale o uterina e soprattutto che non era di natura traumatica, ma riferibile ad una causa patologica comune.

Alla luce di quanto emerso all'autopsia veniva meno sia l'ipotesi di una violenza sessuale anche contro natura sia l'ipotesi di lesioni vaginali ed anali prodotte dall'introduzione violenta di oggetti nelle due cavità corporee naturali.

Era invece ragionevole ritenere che se, poco dopo l'insorgenza dell'episodio emorragico acuto insorto la sera antecedente la morte, la donna fosse stata sottoposta a tempestivo soccorso da parte di personale medico con immediata ospedalizzazione il decesso di quest'ultima con buone probabilità avrebbe potuto essere evitato; tale giudizio aveva maggior rilievo e determinazione se i soccorsi medici fossero avvenuti la sera ancora precedente quella dell'ultimo episodio emorragico, e cioè al momento della prima emorragia intestinale.

Ad avvalorare tale tesi erano i dati anamnestici, secondo i quali la donna negli ultimi anni aveva subito alcuni ricoveri ospedalieri per la grave anemizzazione, la quale si era recentemente aggravata a causa delle frequenti perdite ematiche con le feci. Le cure praticate nel corso dei ricoveri ospedalieri in effetti ristabilivano un'accettabile condizione clinica della donna, pur ovviamente permanendo le gravi patologie croniche di base.

Infatti un attacco emorragico intestinale rapidamente progressivo e secondario a colite ulcerosa può essere fulminante soltanto nel 10 % dei soggetti che hanno complicanze gravi quali emorragie massive, perforazioni della parete intestinale, sepsi o tossiemia (10-11). Il recupero completo dopo un singolo attacco si può avere in un altro 10 % dei casi. In ogni caso, anche nelle forme gravi di colite ulcerosa emorragica, un'ospedalizzazione tempestiva con somministrazione di opportuna terapia medica o in estrema ratio con l'esecuzione di un intervento chirurgico in urgenza, nella maggior parte dei casi preserva il soggetto dall'exitus direttamente ricollegabile all'emorragia acuta (10-11).

Nel caso in esame, quindi, i rilievi necroscopici suggerivano l'ipotesi di reato di omissione di soccorso per il quale il convivente della donna veniva rinviato a giudizio e per il quale la difesa chiedeva il patteggiamento della pena.

## Bibliografia

- (1) COTRAN, KUMAR, COLLINS, *Le basi patologiche delle malattie*, Robbins, 956-962, Ed. Piccin, 2000.
- (2) CECILIA M., FENOGLIO, PREISER, *Gastrointestinal Pathology*, Lippincott W&W, 636-659, Ed. Raven, 1997.
- (3) JUAN ROSAI, *Surgical Pathology*, Rosai and Ackerman's Surgical Patology, 782-786, Ed. Mosby.
- (4) MENDELOFF A.E., *The epidemiology of ideopathic inflammatory bowel disease. Serious problems in epidemiologic approaches to inflammatory bowel disease*, Lea and Febiger, 5, Ed. Kirsner JB, Shorter RG, 1980.
- (5) ORHOLM M., ISELIUS L., SORENSEN TIA, *Investigation of inheritance of chronic inflammatory bowel diseases by complex segregation analysis*, Br. Med. J., 306:20, 1993.
- (6) RANKIN G., *Extraintestinal and systemic manifestations of inflammatory bowel disease*, Inflamm Bowel dis., 74:1, 1990.
- (7) NOFFSINGER A.E., MILLER M.A., CUSI M.V., FENOGLIO-PREISER C.M., *The pattern of cell proliferation in neoplastic and nonneoplastic lesions of ulcerative colitis*. Cancer, 78:2307, 1996.
- (8) RIDDEL R.H., *Pathology of idiopathic inflammatory bowel disease*, Inflammatory Bowel Disease, Ed. Kirsner JB, Shorter RG, 1998.
- (9) PITT M.A., Knox W.F., Haboubi NY, *Multinucleate stromal giant cells of the colonic lamina propria in ulcerative colitis*. J. Clin. Pathol, 46:874, 1993.
- (10) BROMSTOM O., *Prognosis in ulcerative colitis*, Med. Clin. North Am., 74, 201, 1990.
- (11) PODOLSKY D.K., *Inflammatory bowel disease*. N. Engl. J. Med., 347: 417-429, 2002.