

**REGIONE CALABRIA**

**Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia**  
**Endoscopia Digestiva Diagnostica e Chirurgica**  
**Dr. A.Chirico – Dr. V.Grasso – Dr. L.Purita**



**URGENZE – EMERGENZE**  
**ENDOSCOPICHE**  
**NEL PAZIENTE ADULTO**  
**“Percorsi e trattamenti”**

# SOMMARIO

- Generalità.....pag 1
- Emorragie digestive acute.....pag 5
- Percorsi sulla gestione pre-endoscopica  
del paziente con emorragia digestiva alta (EDA).....pag 10
- EDA non variceale.....pag 11
- EDA variceale.....pag15
- Emorragie del tratto digestivo inferiore.....pag 21
- Lesioni da caustici.....pag 23
- Corpi estranei..... pag 30

# GENERALITA'

---

## DEFINIZIONI

<b>Emergenza</b>	Condizione che richiede un intervento endoscopico il prima possibile (entro <b>2- 6 ore</b> )
<b>Urgenza</b>	Condizione che richiede un intervento endoscopico entro <b>12 – 24 ore</b>
<b>Urg. Differibile</b>	Condizione che richiede un intervento endoscopico entro <b>24 – 48 ore</b>

<b>Paziente a rischio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Paziente con comorbidità importante (cardiopatìa, pneumopatìa, neuropatìa, cirrosi epatica, insufficienza renale, neoplasia in progressione).</li> <li>➤ Paziente con coagulopatìa o in terapia anticoagulante o in doppia antiaggregazione.</li> <li>➤ Paziente obeso.</li> <li>➤ Paziente anziano ( &gt; 65 anni ).</li> <li>➤ Paziente con emorragia ed instabilità emodinamica.</li> <li>➤ Paziente con emorragia digestiva ed instabilità emodinamica corretta.</li> <li>➤ Paziente con ingestione di corpo estraneo.</li> <li>➤ Paziente con ingestione di caustici.</li> <li>➤ Paziente psichiatrico o con stato d'ansia marcato</li> </ul>
<p><b>Per i pazienti a rischio si rende necessaria L'assistenza anestesiologicala in corso di endoscopia</b></p>	

## GESTIONE DEL PAZIENTE

La gestione del paziente con urgenza-emergenza endoscopica è **multidisciplinare** e coinvolge diverse figure professionali:

- Medico di P.S.
- Anestesista-rianimatore
- Endoscopista-gastroenterologo
- Radiologo-interventista
- Chirurgo
- Internista

Le procedure di endoscopia digestiva seppur invasive possono in generale essere considerate, in assenza di gravi patologie associate, sicure, esenti da particolari rischi e gestite direttamente dall'endoscopista con il supporto di semplici apparecchi di monitoraggio.

Esistono tuttavia **situazioni di alto rischio clinico** o **tipologie di pazienti** in cui il supporto della figura professionale dell'anestesista-rianimatore nella gestione e nel controllo delle funzioni vitali del paziente è fondamentale ed irrinunciabile.

Situazioni di alto rischio clinico :

- Pazienti acuti con presenza di criteri di severità (età avanzata, instabilità emodinamica, ipertensione portale, trattamento anticoagulante, comorbidità) in grado di condizionare la prognosi e le complicanze.

Tipologie di pazienti :

- Pazienti psichiatrici e non collaboranti.
- Procedure endoscopiche particolarmente complesse o invasive.
- Esplicita richiesta del paziente di sedazione profonda.
- Pazienti pediatrici.

## VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Accurata **anamnesi** atta a rilevare il rischio :

- Cardiologico/circolatorio
- Respiratorio
- Epato-renale
- Turbe della coagulazione endogene e/o indotte
- Neurologico

Esame **clinico** :

- Età
- Obesità
- Anemia
- Stato circolatorio

Classificazione del paziente in una **categoria di rischio (ASA)** da incrociare con il tipo di **invasività** della procedura di cui l'elemento sicuramente più importante è la **durata** della stessa (più alto il tempo ipotizzabile della procedura, più alto il rischio).

### Classificazione ASA

<b>Classe I</b>	Paziente in buona salute
<b>Classe II</b>	Patologia sistemica di media entità
<b>Classe III</b>	Patologia sistemica di severa entità , stabilizzata
<b>Classe IV</b>	Patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante
<b>Classe V</b>	Paziente moribondo con aspettativa di vita < 24 h indipendentemente dall'intervento

**La condizione clinica di urgenza aumenta di per sé il rischio complessivo**

# EMORRAGIE DIGESTIVE ACUTE

## INTRODUZIONE

L' **incidenza** delle emorragie digestive acute è stimata in 100 nuovi casi / anno / per un bacino d'utenza di 100.000 persone.

L'effettuazione degli accertamenti endoscopici nei pazienti affetti da emorragia gastrointestinale acuta richiede un **impegno organizzativo rilevante** in quanto :

- Si tratta frequentemente di procedure eseguite in emergenza/urgenza.
- Molte delle procedure sono operative.
- Le procedure sono spesso eseguite in pazienti con quadri clinici impegnativi (anziani con rilevanti patologie associate).
- La mortalità complessiva per l'evento emorragico acuto gastrointestinale rimane, nonostante i progressi compiuti intorno al 5 %.



## VALUTAZIONE INIZIALE

<b><u>AL PRONTO SOCCORSO</u></b>
Discriminare il tipo di sanguinamento (ematemesi, melena, rettorragia) e valutarne l'entità
<b>Esplorazione rettale e posizionamento di sondino naso-gastrico</b> (utile per informazioni preliminari e per effettuare eventualmente wash-out per endoscopia in urgenza).
Acquisizione e <b>monitoraggio parametri vitali</b> (PA, FC, diuresi)
Posizionamento di <b>ago-cannula</b> ed esecuzione di <b>esami ematochimici</b> (emocromo, piastrine, tempi di protrombina e tromboplastina parziale, azotemia, creatinina, glicemia, gruppo sanguigno con prove di compatibilità) e <b>terapia infusionale</b> (emostatici, IPP, eventuali farmaci vasoattivi).
Effettuazione di <b>ECG</b> ed emogasanalisi (ove necessario)
Il paziente emodinamicamente instabile (tachicardico/ipoteso) <b>deve essere prima stabilizzato e solo dopo potrà eseguire EGDS</b> (FC < a 100 bpm ; PA sistolica > a 90).
Se i tentativi di stabilizzazione risultano infruttuosi la EGDS dovrà essere eseguita anche a paziente instabile , il razionale è che l'efficacia del trattamento endoscopico possa contribuire a raggiungere la stabilità emodinamica.
Per i pazienti stabili e <b>scoagulati</b> (con INR oltre 2,5 – 3) è opportuno <b>correggere l'INR</b> anche somministrando durante la fase di stabilizzazione emodinamica vit.K ev e plasma (in alcuni casi può rendersi necessario l'utilizzo del complesso protrombinico – Protromplex).
La EGDS può essere effettuata, in casi eccezionali, anche in pazienti con INR oltre 2,5 – 3 , quando i tentativi di stabilizzazione risultano infruttuosi.
<p style="text-align: center;"><b>Fattori predittivi di emorragia attiva :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sangue fresco nel sondino naso-gastrico</li><li>• Instabilità emodinamica</li><li>• Livelli di emoglobina &lt; 8 gr / dl</li><li>• Conta bianchi &gt; 12.000 / mc</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>In assenza di questi quattro fattori la probabilità di emorragia attiva è pari a zero</b></p>

## TIMING ENDOSCOPICO

Vi è accordo che **il momento ottimale per eseguire l'esame endoscopico**

- Nei pazienti ad alto rischio.
- Quando si sospetti che il sanguinamento continui.
- Quando si sono verificate grosse perdite ematiche.
- In presenza di un sospetto sanguinamento da varici.
- In presenza di una difficile stabilizzazione emodinamica.

**Sia il prima possibile**

Fatta salva la necessità di dare la **precedenza agli interventi di rianimazione/stabilizzazione** del paziente qualora siano necessari.

## SCORE DI BLACHFORD

Score clinico pre-EGDS per la valutazione del paziente emorragico e la stratificazione del rischio

Alla presentazione		Punti
<b>Pressione sistolica</b>	100 – 109 mm Hg	1
	90 – 99 mm Hg	2
	< 90 mm Hg	3
<b>Azotemia (mg/dl)</b>	>18 < 22	2
	> 22 < 28	3
	> 28 < 70	4
	>70	6
<b>HB</b>	12-12,9 g/dl uomini ; 10-11,9 g/dl donne	1
	10-11,9 g/dl uomini	3
	< 10	6
<b>Altre variabili</b>	FC > 100	1
	Melena	1
	Sincope	2
	Epatopatie	2
	Insufficienza cardiaca	2
<b>Totale punteggio</b>		0 – 23
<b>0 = basso rischio ; 23 = rischio altissimo</b>		

# PERCORSI SULLA GESTIONE PRE-ENDOSCOPICA DEL PAZIENTE CON EMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (EDA)

---

# EDA NON VARICEALE

---

## TERAPIA MEDICA

Per i pazienti con emorragia digestiva a sospetta genesi ulcerosa/peptica è fortemente indicato iniziare, prima dell'esecuzione di EGDS , l'infusione di IPP ev.

ES. : Omeprazolo 80 mg in bolo lento , seguite da infusione continua al dosaggio di 8 mg / h / 24 ore.

**L'uso precoce di IPP anche pre-endoscopico riduce i sanguinamenti attivi ed il rischio di rebleeding**

## TERAPIA ENDOSCOPICA

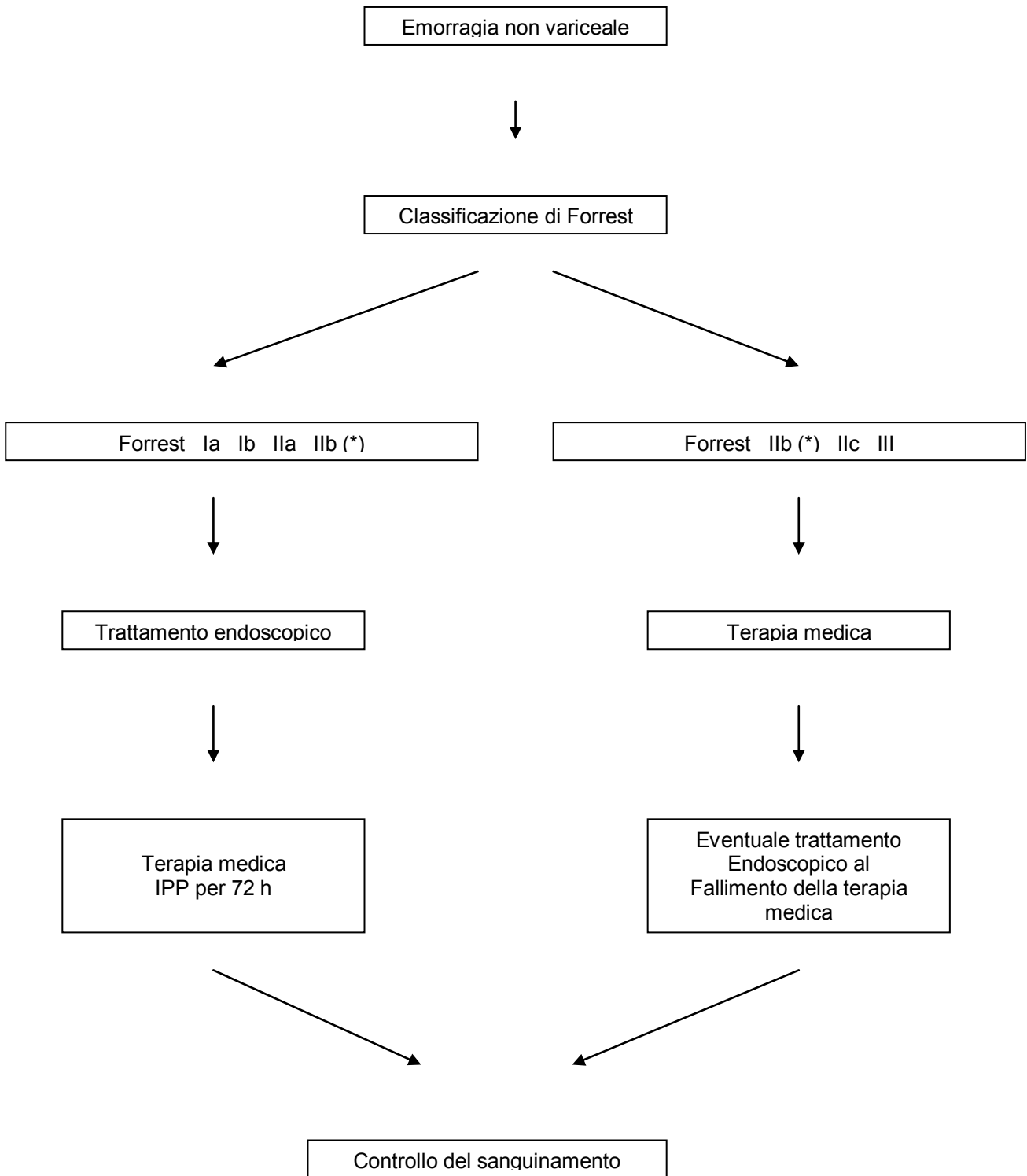
Nel corso dell'esame endoscopico, l'endoscopista valuta la lesione (Score di Forrest) ed effettua l'ideale trattamento (iniettivo, meccanico, termico e/o combinato).

Dopo l'esecuzione dell'esame endoscopico, in associazione con le informazioni derivate dalla valutazione clinica, l'endoscopista può valutare il **rischio di mortalità** del paziente ed il **possibile risanguinamento**.

Score di Forrest				
Classe	Aspetto della lesione	Trattamento	Rebleeding	Mortalità
I a	Sanguinamento a getto	Endoscopico	55 %	13 %
I b	Sanguinamento a nappo	Endoscopico	55 %	13 %
II a	Vaso visibile sul fondo dell'ulcera	Endoscopico	43 %	11 %
II b	Coagulo adeso al fondo dell'ulcera	Da valutare	22 %	7 %
II c	Ematina al fondo dell'ulcera	Medico	10 %	3 %
III	Ulcera con fondo fibrinoso	Medico	5 %	2 %

**Ulcere in posizione duodenale posteriore o curvatura gastrica inferiore sono ritenute a maggior rischio di rebleeding, così come le ulcere di diametro > di 2 cm e con sanguinamento attivo.**

## ALGORITMO DELLE EMMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI NON VARICEALE





# EDA VARICEALE

---

## INQUADRAMENTO E DECORSO DELL'EDA DA VARICI

- Manifestazione clinica : **ematemesi** con sangue fresco
- L'emorragia da varici è un **evento intermittente** con durata totale di 8 – 10 ore
- Il sanguinamento si **interrompe spontaneamente in circa il 50 %** dei pazienti
- La **mortalità immediata** per sanguinamento non controllato è circa del **5 – 8 %** e si verifica entro 24 – 48 ore
- I pazienti che sopravvivono ad una emorragia variceale, se non trattati, hanno un **rischio del 60 % di nuovo sanguinamento**
- Circa metà dei risanguinamenti si verifica entro 5 – 7 giorni
- Il **rischio di risanguinamento** rimane **elevato nelle prime 2 settimane** e poi diminuisce gradualmente
- Il **risanguinamento precoce** è significamene correlato ad **alti indici di decesso**
- L'impostazione di una **terapia con beta bloccanti** non selettivi e dell'eradicazione mediante **legatura endoscopica** è fortemente raccomandata nella **prevenzione del sanguinamento variceale**.

## PRONTO SOCCORSO

- 1) Valutazione dell'entità dell'emorragia, dello stato emodinamico e trattamento.
- 2) Predisposizione per l'esecuzione di esame endoscopico Urgente / Emergente.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione anamnestica, clinica e laboratoristica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misure idonee per <b>assicurare la pervietà delle vie aeree</b> atte ad evitare la bronco-aspirazione ed inalazione, fino alla intubazione oro-tracheale.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stabilizzazione emodinamica</b> : infusione delle perdite ematiche stimate in modo da riportare l'ematocrito fra il 25 ed il 30 % e la Hg fra 7 e 8 g % evitando overtrasfusioni per evitare rialzo della pressione portale.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilizzo del <b>sondino naso-gastrico è discusso</b>. Può essere utile nella prevenzione dell'ab-ingestis.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Come ponte per qualsiasi successivo trattamento, qualora l'endoscopia fosse controindicata per l'instabilità del paziente, è il posizionamento di una <b>sonda di Blackemore</b> per un periodo di 48 ore.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I <b>farmaci vasoattivi</b> (terlipressina, somatostatina, octreotide) vanno <b>impiegati immediatamente</b> nel sospetto di una emorragia variceale.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antibiotico-profilassi</b> con antibiotici ad ampio spettro.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richiesta di <b>endoscopia in emergenza/urgenza</b> a seconda della gravità e dell'andamento clinico.</li> </ul>

## TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

<p>Il trattamento farmacologico con <b>FARMACI VASOATTIVI</b> è di facile applicazione deve essere <u>iniziato precocemente già prima dell'esame endoscopico</u></p>	<p><b><u>Terlipressina</u></b> (previa valutazione ECG ed anamnestica per ischemie miocardiche o cerebrali o arteriopatía obliterante) somministrata al: <b>dosaggio iniziale di 2 mg ev</b> in bolo ultralento e <b>successivi boli di 1 mg</b> ogni 4 – 6 ore fino al termine del sanguinamento.</p>
	<p><b><u>Somatostatina</u></b> somministrata al dosaggio di <b>1 – 3 boli di 250 mcg</b> (anche 500 mch in caso di active bilding) e l' <b>infusione continua</b> alla velocità di 250 – 500 mcg / ora.</p>
	<p><b><u>Octreotide</u></b> bolo iniziale di <b>50 mcg</b> e poi <b>infusione continua</b> di 25 – 50 mcg / ora.</p>
<p>L'infezione batterica è riscontrabile nel 35-66 % dei pazienti ospedalizzati con emorragia da varici esofagee e pertanto la <b>PROFILASSI ANTIBIOTICA E' OBBLIGATORIA.</b></p>	<p><b><u>Chinolonici : Norfloxacin</u></b>a al dosaggio di 400 mg due volte al giorno per 7 gg. (anche per sondino n.g.)</p>
	<p><b><u>Ciprofloxacina</u></b> 1 g / die qualora fosse necessario intervenire con antibiotici ev</p>
	<p><b><u>Cefalosporine</u></b> di ultima generazione (1 g x 2 / die ).</p>

## TERAPIA ENDOSCOPICA

### VARICI ESOFAGEE

Due sono i trattamenti endoscopici effettuabili :

- **LA TERAPIA SCLEROSANTE** , oggi meno utilizzata, ha comunque ancora un ruolo soprattutto nel trattamento dell'evento emorragico acuto massivo, dove la grande quantità di materiale ematico riduce la visione anche per la presenza del "cap" del legatore.
- **LA LEGATURA ELASTICA** eseguita in urgenza per tamponare l'emorragia in atto; poi ogni 2 – 4 settimane fino alla eradicazione variceale. Successivi controlli endoscopici ogni 6 mesi.

**Al termine della procedura endoscopica il paziente deve osservare:**

- Digiuno per solidi e liquidi per 24 ore.
- Quindi ripresa dell'alimentazione mediante dieta liquida fredda per le 24 – 48 ore successive.
- Passare poi ad una dieta semiliquida fredda per 48 - 72 ore e quindi una dieta regolare.

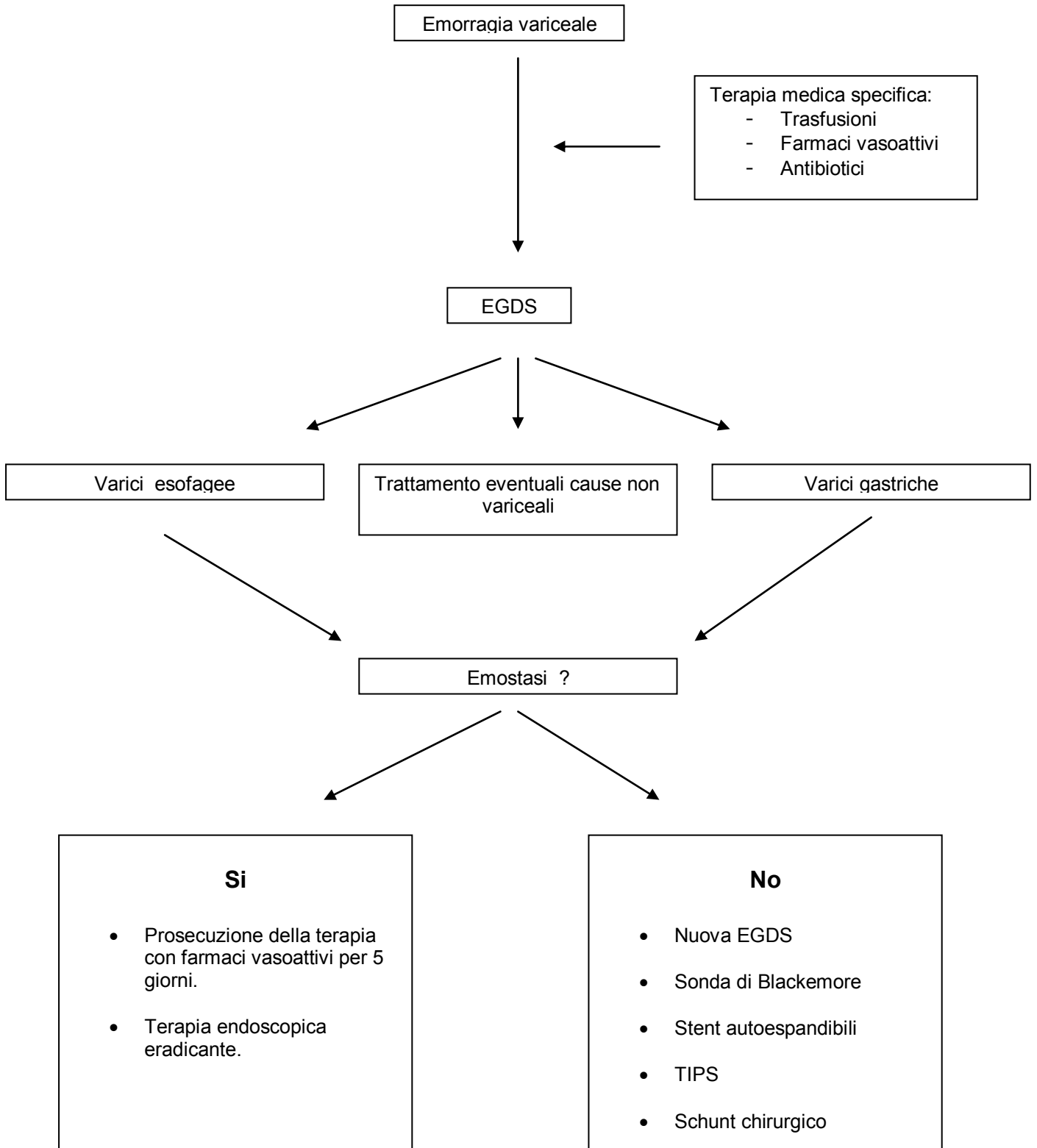
### VARICI DEL FONDO GASTRICO

Iniezione di cianoacrilato (**Glubran**) / legatura elastica.

#### TERAPIA DI SALVATAGGIO DEI FALLIMENTI DI EMOSTASI ENDOSCOPICA

- ✓ E' possibile un secondo tentativo endoscopico se le condizioni del paziente lo consentono.
- ✓ Sonda di Sengstaken – Blackemore per 24 – 48 ore.
- ✓ Trattamento radiologico – operativo (TIPS).
- ✓ Posizionamento di uno stent rivestito auto – espandibile per via endoscopica

## ALGORITMO DELLE EMORRAGIE VARICEALI



# EMORRAGIE DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE

---

## EVIDENZE

Le lesioni che possono determinare una emorragia digestiva inferiore sono :

- Diverticolosi
- Angiodisplasie
- Neoplasie
- Coliti (ischemiche, infettive, da radiazioni, ulcerosa, Crohn)
- Patologie ano – rettali (emorroidi, fistole, ragadi, ulcera solitaria del retto).

Il 90 % dei sanguinamenti è autolimitante

L'endoscopia è il primo accertamento diagnostico nel paziente con emorragia digestiva inferiore

Di norma la rettorragia o la enterorragia non sono indicazioni all'esecuzione di un esame endoscopico in emergenza e/o urgenza ma in urgenza differibile (entro 48 ore) anche per le evidenti difficoltà tecniche e limitazioni dovute alla mancata e/o ridotta preparazione intestinale

### L'esame endoscopico va eseguito il prima possibile :

- Nei pazienti ad alto rischio (ASA III o IV) ovvero pazienti con età > 60 anni, PA < 100 mm Hg, frequenza cardiaca > 100 bt./min. , valori di emoglobina < 10 g / dl , comorbidità.
- Nel sospetto che il sanguinamento continui
- Nel caso si siano verificate grosse perdite ematiche
- In caso di difficile stabilizzazione emodinamica



# LESIONI DA CAUSTICI

---

## GENERALITA'

- Le lesioni da caustici possono essere determinate da acidi o basi forti (valori di pH inferiori a 2 o superiori a 12) e dai cosiddetti ossidanti.
- I caustici sono in grado di provocare lesioni di vario grado caratterizzate da intensa flogosi chimica a carico delle pareti dei visceri cavi con possibile tendenza alla necrosi, transmuralizzazione e perforazione.
- Il danno si verifica entro alcuni minuti dall'ingestione
- La perforazione del viscere è l'evento più temibile e potenzialmente letale per il paziente.

<b>CAUSTICI PIU' COMUNI</b>				
<b>categoria</b>	<b>Sostanza chimica</b>	<b>Nome comune</b>	<b>uso</b>	<b>Modalità lesive</b>
<b>ACIDI FORTI</b>	Acido solforico Acido cloridrico Acido nitrico Acido fosforico Acido ossalico	Vetriolo Acido muriatico Acquaforte	Batteie – detergenti WC Deterg.WC sanitari Detergenti metalli Deterg.WC antirug.	Stomaco/Esofago: Disidratazione Necrosi coagul. Escare
<b>BASI FORTI</b>	Idrossido sodio Idrossido potassio Idrossido ammonio	Soda caustica Potassa (lisciva) Ammoniaca	Lavastoviglie e altr. Lavastoviglie e altr. Detergenti domestici.	Stomaco/Esofago: Denaturazione prot Necrosi colliquativa transmuralizzazione
<b>AGENTI OSSIDANTI</b>	Ipoclorito di sodio Perossido idrogeno Permanganato potassio	Candeggina Acqua ossigenata	Sbiancante Sbiancante/disinfet.	Disidratazione Necrosi

La **gravità delle lesioni** dipende da una serie di fattori sia della sostanza che del paziente:

- Potere corrosivo intrinseco della sostanza , pH.
- Concentrazione.
- Tipo di preparazione commerciale (liquida, solida, granulare, in pasta).
- Modalità di ingestione (volontaria o accidentale).
- Quantità ingerita.
- Stato di ripienezza gastrica (la presenza di cibo può diluire la sostanza caustica e/o ridurre il contatto con la mucosa gastrica).

Nelle **ingestioni accidentali** le lesioni sono solitamente limitate all'orofaringe, perché il paziente tende ad interrompere la deglutizione ed a espellere la sostanza.

Nelle **ingestioni volontarie**, l'atto deglutitorio forzato consente un rapido transito esofageo con conseguenti lesioni più gravi.

Il **vomito (spontaneo o provocato)** determina un secondo passaggio della sostanza caustica in esofago peggiorando il quadro e le lesioni e pertanto va evitato.

I caustici provocano **effetti locali**, limitati alla sede di contatto mucoso, fanno eccezione l' ACIDO FLUORIDRICO e l'ACIDO FOSFORICO ; il primo, in particolare, ha **un'azione tossica sistemica** dovuta alla capacità di chelare il calcio ionizzato plasmatici con grave ipocalcemia e conseguenti fibrillazioni ventricolari e neuromuscolari.

## GESTIONE DEL PAZIENTE

Il **trattamento è multidisciplinare** coinvolgendo diversi specialisti : medico di PS, tossicologo, anestesista-rianimatore, radiologo, endoscopista e chirurgo.

### 1) FASE DI ACCETTAZIONE (in Pronto Soccorso)

(medico di PS – rianimatore – tossicologo)

- Esame obiettivo
- Esami ematochimici
- ECG
- Non provocare il vomito
- Emogasanalisi
- Nel caso di lesioni orofaringee o laringee severe, valutazione ORL
- Cortisonici in presenza di dispnea, intubazione tracheale / tracheotomia in caso di interessamento laringeo con grave difficoltà respiratoria
- Ricerca tossicologica da un campione di sostanza o da etichetta
- In caso di shock o perforazione invio del paziente in terapia intensiva ed intervento chirurgico

**Markers di gravità lesionale** : leucocitosi ed acidosi metabolica

**Markers di mortalità** : ingestione di acidi forti, presenza alle endoscopia di ulcere gastriche profonde e segni di necrosi.

## 1) FASE DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE :

a) Radiologica per l'esecuzione di RX collo-torace-addome standard.

Altre indagini con mezzo di contrasto idrosolubile (gastrografin) o mediante TC sono riservate ai pazienti con sospetta perforazione in atto.

b) Endoscopica

- L'esame endoscopico deve essere effettuato il **più precocemente possibile** (entro 12 ore).
- Compito fondamentale dell'esame endoscopico è quello di aiutare a stabilire se il trattamento deve essere conservativo o chirurgico.
- La **perforazione** in atto (torace e/o addome) costituisce una **controindicazione assoluta** all'esame endoscopico.
- Un limite dell'esame endoscopico è il **pericolo di complicanze iatrogene** sia nel corso del primo esame (urgente) ma soprattutto nel corso degli esami eseguiti nei giorni successivi.
- Un "second look" con assistenza anestesiológica può essere effettuato: a) Quando il primo esame sia stato non accurato o incompleto. b) Quando sia necessaria una valutazione pre-operatoria in quei pazienti con peggioramento del quadro clinico e di dati di laboratorio.

## TERAPIA

Si possono distinguere tre tipi fondamentali di strategie terapeutiche in base alla gravità delle lesioni		
CLASSIFICAZIONE ENDOSCOPICA DELLE LESIONI SEC. ZARGAR		TRATTAMENTO
Grado	Tipo di lesione	
I	Edema ed iperemia della mucosa	Senza compromissione sistemica: solo terapia medica di supporto e controlli endoscopici ravvicinati.
2 a	Ulcere superficiali, erosioni, friabilità, essudati, emorragie, membrane biancastre.	Sono i più problematici (rischio perforazione): monitoraggio ed attenta valutazione dei segni biumorali di severità. Eventuale ripetizione a breve (in ambiente protetto) della stadiazione clinico-endoscopica. Valutazione chirurgica (prevenzione perforazione).
2 b	Come il 2 a più ulcerazioni discretamente profondo o interessanti la parete del viscere in modo circonferenziale.	
3 a	Aree di necrosi piccole e disseminate	Con segni biumorali di sofferenza sistemica e con alta possibilità di perforazione sono da indirizzare ad una tempestiva esplorazione chirurgica.
3 b	Necrosi estesa	

### TERAPIA MEDICA

- SUPPORTO NUTRIZIONALE EV (NTP)
- ANTISECRETIVI (IPP) ed ANTIACIDI (sucralfato 1g 30-50 ml di acqua due volte al di).
- ANTIBIOTICI
- STEROIDI (prednisone) da non usare nelle forme ad alto rischio di perforazione.

## NOTE :

**GRADO 1:** i pazienti con lesioni endoscopiche di grado lieve (Grado 1) presentano generalmente un quadro clinico modesto o silente e tendono alla guarigione senza reliquati. In questi pazienti è prevedibile una ripresa precoce dell'alimentazione orale e la dimissione dopo pochi giorni di ricovero. Può essere indicato un controllo endoscopico a distanza di 2-3 settimane in caso di persistenza di sintomi.

**GRADO 2a/2b:** pazienti con lesioni di grado intermedio (Grado 2a e 2b) sono maggiormente esposti al rischio di possibili complicanze. In questi casi è indicato il ricovero in ambiente medico e (in caso di evoluzione clinica peggiorativa durante la degenza), può essere considerata l'eventualità di un "second look" endoscopico, rivalutando l'opportunità di avviare il paziente ad un percorso chirurgico.

**GRADO 3a:** i pazienti con lesioni endoscopiche di Grado 3a presentano di norma un quadro clinico grave ed un alto rischio di complicanze: in questi casi è opportuno il ricovero in ambiente semintensivo o intensivo. Può essere giustificato il ricorso alla chirurgia esplorativa (laparoscopia, mediastinoscopia, laparotomia). La comparsa di complicanze maggiori (emorragia, perforazione) rende necessario l'intervento chirurgico resettivo.

**GRADO 3b:** i pazienti con lesioni di Grado 3b (necrosi estesa) devono essere avviati tempestivamente al trattamento chirurgico per l'altissimo rischio di perforazione connaturato a questo tipo di lesioni. La perforazione viscerale gastrica o duodenale, ma soprattutto esofagea rappresenta il fattore maggiormente correlato alla mortalità precoce del paziente. In conclusione: "La perforazione deve essere prevista e non attesa".

**EGDS A 2-3 SETTIMANE:** mentre le lesioni di Grado 1 guariscono generalmente senza esiti, le lesioni di Grado 2 e 3 trattate conservativamente sono esposte ad un rischio crescente, in proporzione alla gravità, di sviluppare stenosi cicatriziale. La stenosi si sviluppa a partire da 2 settimane dopo l'ingestione. Questi pazienti dovrebbero pertanto essere sottoposti ad EGDS di controllo a 2-3 settimane dall'evento acuto. In caso di stenosi il trattamento potrà essere endoscopico o chirurgico.

# CORPI ESTRANEI

---



## MANAGEMENT DIAGNOSTICO

La gestione del paziente con corpo estraneo coinvolge diverse figure professionali :

- Medico di PS
- Endoscopista
- Radiologo
- Chirurgo
- Anestesista-rianimatore
- Pediatra

Inoltre la problematica dei corpi estranei faringo-esofagei può essere anche di pertinenza ORL

Il percorso diagnostico corretto di fronte ad un paziente con C.E. comprende :

- Anamnesi accurata con richiesta dettagliata della descrizione del corpo estraneo e dell'ora dell'ultimo pasto.
- Valutazione dei sintomi e dei segni obiettivi : scialorrea, ematemesi, dolore toracico o addominale, dispera , crepitio sottocutaneo da enfisema e/o segni di peritonismo (grave), segni sdi occlusione intestinale.
- Valutazione radiologica : RX-collo-torace-addome (A.-P. e L.-L.); utilizzo di gastrografin se il corpo estraneo è radiotrasparente; T.C. in caso di sospetta perforazione.
- Endoscopia con asportazione del corpo estraneo nei casi indicati.
- Osservazione continua compreso il controllo delle evacuazioni.

## TIPOLOGIE

<p><b><u>TIPOLOGIE DEI CORPI ESTRANEI</u></b></p>	<p><b>1) Corpi estranei di forma liscia :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Boli alimentari</li> <li>- Monete</li> <li>- Batterie</li> <li>- Sassi</li> <li>- Biglie</li> <li>- Denti</li> <li>- Magneti</li> <li>- Bezoari</li> <li>- Contenitori di droga</li> </ul>
	<p><b>2) Corpi estranei vulneranti :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aghi e spilli</li> <li>- Spine di pesce</li> <li>- Ossi</li> <li>- Parti di giocattoli</li> <li>- Clips</li> <li>- Ami da pesca</li> <li>- Lamette</li> <li>- Posate</li> </ul>
	<p><b>3) Corpi estranei di derivazione iatrogena :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protesi dislocate</li> <li>- Componenti di PEG</li> <li>- Apparecchi odontoiatrici</li> <li>- Videocapsule</li> <li>- Spugne di cellulosa o palloncini gastrici</li> </ul>
<p><b><u>TIPOLOGIE DEI PAZIENTI</u></b></p>	<p><b>1) Bambini</b> Massima incidenza tra i 6 mesi e 6 anni. Da trattare in idonei ed attrezzati centri.</p>
	<p><b>2) Adulti</b> Gli anziani, specie se edentuli sono particolarmente a rischio. Fattori predisponenti possono essere i disturbi deglutitivi da neuropatia e la presenza di patologie esofagee sub-stenosanti anche misconosciute. Altri soggetti a rischio sono i pazienti con disturbi neuropsichiatrici, i detenuti, i tossicodipendenti ed i contrabbandieri di droga.</p>

## INDICAZIONI E TIMING DELLA RIMOZIONE ENDOSCOPICA

L'operazione della **rimozione in urgenza** di un corpo estraneo dipende dalla sua **tipologia** (vulnerante o non vulnerante/tossico), dalle sue **dimensioni** e dalla sua **sede di arresto** (esofago, stomaco, duodeno o altre sedi).

NEL CASO DI COMPRESSIONI E/O OSTRUZIONI E/O TOSSICITA'  
L'INDICAZIONE ALLA ESTRAZIONE ENDOSCOPICA E' ASSOLUTA E RIVESTE CARATTERE  
D'URGENZA.

L'esame endoscopico per l'estrazione del corpo estraneo va **effettuato in idonea sala endoscopica** attrezzata per anestesia generale o **in sala operatoria** e l'equipe coinvolge oltre all'endoscopista e all'infermiere di endoscopia, l'**anestesista** con relativo personale di supporto ed in casi selezionati per rischio anche il chirurgo.

E' indicata l'**estrazione in urgenza** (talvolta differibile) di qualunque corpo estraneo se questo è **localizzato in esofago**.

In caso di corpo estraneo in **sede gastrica** o duodenale bisogna provvedere alla **rimozione urgente** se trattasi di corpi estranei che **possono causare lesioni** (CE acuminati e/o taglienti) o corpi estranei responsabili di **complicanze ostruttive** (per dimensioni) o **complicanze tossiche**.

Nei corpi estranei a **sede gastrica**, una **condotta di attesa** va seguita nel caso di:

- Corpi estranei smussi
- Di dimensioni inferiori ai 2,5 cm
- Non potenzialmente lesivi.

Questi corpi estranei possono transitare attraverso il piloro ed essere eliminati spontaneamente (97%).  
Si effettuano radiografie per controllare la regolare progressione del CE, viene consigliata una dieta regolare e la ricerca del CE nelle feci.

L'asportazione endoscopica (urgenza differita) dei corpi estranei gastrici smussi, poco voluminosi e non "pericolosi", si pone nei soggetti affetti da patologie del tenue e/o del colon note tali da limitare il transito spontaneo del corpo estraneo.

### CORPI ESTRANEI ESOFAGEI : ESEMPI PARTICOLARI

<p style="text-align: center;"><b>Monete</b></p>	<p>Frequenti nei piccoli pazienti.</p> <p>Si bloccano frequentemente a livello dell'esofago cervicale.</p> <p>Se la moneta presenta un bordo rilevato può essere estratta con una <u>pinza dentata</u> , mentre se ne è priva è opportuno utilizzare una <u>pinza da presa con bordi gommati</u> .</p>
<p style="text-align: center;"><b>Protesi dentarie</b></p>	<p>Le protesi dentarie parziali, soprattutto se provviste di ganci acuminati, devono essere rimosse mediante un tubo di protezione ( <u>overtube</u> ) , si prestano a tale scopo le <u>pinze dentate</u> , le <u>anse da polipectomia</u> , i <u>cestelli di Dormia</u> .</p>
<p style="text-align: center;"><b>Frammenti ossei</b></p>	<p>I frammenti ossei o le lische di pesce tendono in genere ad ancorarsi trasversalmente nell'esofago. In alternativa all'<u>overtube</u> può essere utilizzato un <u>cappuccio di protezione</u> per corpi estranei applicato all'estremità dell'endoscopio (ribaltato in alto sullo strumento al momento dell'introduzione).</p> <p>Si deve disincagliare dalla parete esofagea con molta cautela, utilizzando una <u>pinza da corpi estranei</u> , una estremità del corpo estraneo attirandola così all'interno del cappuccio (il passaggio dello strumento a livello del cardias favorisce il ribaltamento in basso del cappuccio sul corpo estraneo, coprendolo completamente).</p>

### CORPI ESTRANEI GASTRICI : ESEMPI PARTICOLARI

<b>Mini batterie</b>	Devono essere estratte immediatamente per il <b>rischio di intossicazione</b> . Le <b>batterie al litio</b> di nuova generazione vanno rimosse urgentemente per il rischio di <b>lesioni mucose da folgorazione</b> .
<b>Biglie e similari</b>	Rimozione immediata per pericolo di liberazione di coloranti e di sostanze chimiche. Può essere utilizzato <u>cestello di Dormia</u> con <u>overtube</u> .
<b>Spilli</b>	Per il recupero può essere utilizzata o una <u>pinza da corpi estranei</u> o un' <u>ansa da polipectomia</u> . Lo spillo deve essere afferrato subito sotto la testa. L'uso dell' <u>overtube</u> protegge dal rischio di lesioni nel passaggio in esofago. Qualora si utilizzi l'ansa per la rimozione, questa viene fatta fuoriuscire per un buon tratto dall'endoscopio per garantire allo spillo una maggiore libertà di movimento e minimizzare il rischio di lesioni esofagee.
<b>Spille da balia</b>	Sono in genere aperte ed oggetto di ingestione volontaria (detenuti). La rimozione endoscopica è possibile soltanto tramite un <u>lungo "overtube"</u> all'interno del quale con una <u>pinza a denti</u> viene ritirata ed estratta. In alternativa v'è utilizzato un <u>cappuccio di protezione</u> per corpi estranei.
<b>Lamette da barba</b>	Di solito ingerite spezzate in due (detenuti o pazienti psichiatrici). L'estrazione avviene tramite " <u>overtube</u> " di protezione e <u>pinza con morsi lisci e gommati</u> .
<b>Posate</b>	Atti di autolesionismo. Accessori per il recupero sono l' <u>overtube</u> e l' <u>ansa da polipectomia</u> . L'ansa viene fatta scivolare sul manico della forchetta introducendola dall'estremità smussa. La forchetta viene così attirata con le punte nell'interno del tubo da estrazione e rimossa simultaneamente con questo.
<b>Fitobezoar</b>	E' opportuno effettuare la frammentazione del fitobezoar , soprattutto quando è particolarmente voluminoso mediante un' <u>ansa da polipectomia</u> . Lo scopo è quello di tagliare in piccoli pezzi il CE in modo da renderne possibile l'eliminazione spontanea per via naturale.
<b>Tricobezoar</b>	Sono di difficile rimozione. L'ammasso di peli viene asportato dallo stomaco con una <u>pinza dentata a piccoli ciuffi</u> . In considerazione delle multiple introduzioni dell'endoscopio dovrebbe essere posto in situ un <u>overtube</u> per tutta la durata della procedura.
<p>Per le <b>bustine di droga</b> la fase diagnostica può essere effettuata radiologicamente (TC spesso utile). Se ciò non fosse dirimente <b>l'esame endoscopico</b> trova una specifica <b>indicazione diagnostica</b>. <b>Il recupero endoscopico deve essere evitato</b> per il rischio di danneggiamento dell'involucro durante le manovre di estrazione con conseguenze fatali per il paziente</p>	
<p><b>Il mercurio dei termometri</b> non crea <b>nessun pericolo</b> mai (esofago, stomaco o intestino).</p>	

## CORPI ESTRANEI DEL RETTO-SIGMA

Frequentemente introdotti per stimolazione sessuale, più raramente per nascondere pacchetti di droga.

Utile effettuare con molta cautela esplorazione digito-rettale e successiva rettoscopia.

Per l'asportazione dei corpi estranei dal retto-sigma è consigliata in genere un' ansa da polipectomia e laddove risulti indaginoso o troppo rischioso è necessari l'intervento chirurgico.

Per la procedura di asportazione del corpo estraneo dal retto-sigma e riportata:

- Sedazione conscia nel 40 %
- Anestesia generale nel 43,3 %

La perforazione controindica l'esecuzione dell'esame endoscopico  
Nel sospetto di perforazione Rx clisma opaco con mezzo di contrasto idrosolubile e/o TC.

Data 1\* stesura : 15.07.2013

**Redazione**  
**Endoscopia Digestiva Diagnostica e Chirurgica**  
**Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia**

Dr. Antonio Chirico

Dr. Vincenzo Grasso

Dr. Lino Purita