

Il Corpo Estraneo: Gestione pre-endoscopica nel DEA



**LE EMERGENZE-URGENZE
IN ENDOSCOPIA
DIGESTIVA: *Gestione
Mediante Percorsi Integrati
nella Realtà Ferrarese***

Maurizio Giacometti

Venerdì 3 Dicembre 2010

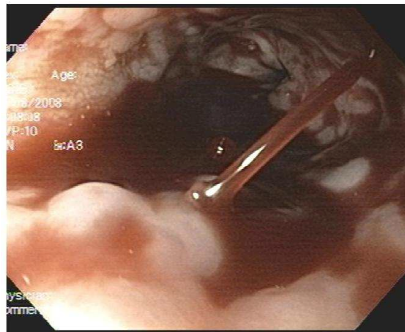
U.O Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza
Centrale Operativa 118
Azienda Ospedaliero Universitaria
Arc. S. Anna
Ferrara

Introduzione

AIGO-SIED-SIGE-SIMEU Sezioni regionali Emilia Romagna
Ver. 02.2010



EMERGENZE-URGENZE ENDOSCOPICHE: PERCORSI INTEGRATI FRA PRONTO SOCCORSO ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA



1

LA NECESSITA' DI UN PERCORSO

Le urgenze di pertinenza gastroenterologica endoscopica rappresentano una problematica rilevante in termini di *incidenza, morbilità* nei reparti professionali, *impegno di risorse umane, tecnologiche ed economiche*. Solo una gestione appropriata delle varie fasi del percorso, a partire dall'accesso del paziente al DEA, può consentire di investire nella pratica quotidiana l'efficacia che la letteratura attribuisce ai trattamenti endoscopici in specifici contesti clinici. Da ciò la necessità di definire linee di comportamento comuni che consentano l'efficace integrazione di professionalità diverse come quella endoscopica digestiva e quella di medicina d'emergenza-urgenza e quindi la creazione di strutture a *task force* regionale fra la tripartite SIED-SIGE-AIGO e la SIMEU della regione Emilia Romagna.

OGGETTIVI E DESTINATARI

Obiettivo del presente documento è quello di fornire raccomandazioni chiare, condivise e basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili riguardo alla gestione del paziente che si presenta al DEA con una condizione clinica in cui l'associazione di un esame endoscopico sul tratto digestivo in emergenza o urgenza assume un ruolo determinante per la diagnosi e/o il trattamento. Il documento si rivolge ai medici d'emergenza-urgenza ed agli endoscopisti digestivi operanti sul territorio della regione Emilia Romagna.

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE INTERSCIENTIFICO REGIONALE EMILIA ROMAGNA (GLIM)

Il gruppo di lavoro intersocietario è stato costituito e si è incontrato la prima volta nell'estate 2009. Esso rappresenta i gruppi regionali emiliano-romagnoli delle seguenti Società:

AIGO - Associazione Italiana Gastroenterologi Endoscopisti Digestivi Ospedalieri

SIED - Società Italiana di Endoscopia Digestiva

SIGE - Società Italiana di Gastroenterologia

SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza e Urgenza

ed è così composto:

Mario Cavalli (Dir. Presidio e DEA Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense Modena)

Stefano De Preti (DEA Provinciale Reggio Emilia - Coordinatore del gruppo per SIMEU)

Mauro Giovannetti (U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva AUSL Rimini)

Mauro Manno (U.O. Gastroent. Endosc. Digest. Nuovo Osp. Civile S. Agostino-Estense Modena)

Cristina Maruzzi (DEA Ospedale S. Maria delle Croci Ravenna)

Antonino Meru (DEA Provinciale Reggio Emilia)

Alberto Merighi (U.O. Endoscopia Digestiva Az. Osp.-Univ. Policlinico di Modena)

Romano Sassatelli (U.O. Endoscopia Digestiva Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia -

Coordinatore del gruppo per AIGO, SIED, SIGE)

Omero Trossi (U.O. Endosc. Digestiva Ospedale S. Maria delle Croci Ravenna)

Andrea Vercelli (DEA Ospedale Civile di Piacenza)

METODOLOGIA DI LAVORO

Nei primi incontri del GLIM, svoltisi nell'estate 2009, sono stati definite le finalità, condiviso il metodo di lavoro e pianificate le fasi successive: (1) revisione sistematica della letteratura rilevante; (2) condivisione e valutazione critica degli studi reperiti mediante la realizzazione di un forum accessibile con password a tutti i membri del gruppo di lavoro ed ospitato sul sito web dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia; (3) composizione del percorso in macroaree (emorragie digestive, ingestione di corpi estranei, ingestione di coagulo, impiego in urgenza dall'ERP, identificazione di indicatori e progettazione dell'asset clinico) e suddivisione su tale base del lavoro fra i membri del gruppo; (4) integrazione ed adattamento delle bozze realizzate, mediante ulteriori ricerche bibliografiche mirate e raggiungimento di un consenso informale nel corso di tre ulteriori riunioni collegiali del GLIM; (5) progressiva "affinazione" delle bozze e successivo loro "assemblaggio" nel documento finale; (6) presentazione ufficiale del percorso in occasione di un convegno organizzato ad hoc nel mese di febbraio 2010; (7) implementazione e consensualità finale dell'attività di auditing; (8)

2

aggiornamento periodico, ogni due anni o prima nel caso in cui l'emergere di nuove evidenze scientifiche lo giustifichi.

REVISIONE SISTEMATICA E VALUTAZIONE DELLA LETTERATURA RILEVANTE

Sono state interrogate le seguenti banche dati di studi secondari: *ASC, CMA Intolense, AIZCO, NLM Guidelines Broker, SIGN, NICE, Cochrane Library*; come banca dati generica ci è servito di *Medline*, attraverso l'interfaccia *Pubmed*. Fra i motori di ricerca web generali abbiamo scelto di avvalerci di Google ed in particolare del nuovo strumento *Scholar*, accessibile gratuitamente. Le "stringhe" utilizzate per le singole ricerche bibliografiche su *Medline* sono disponibili su richiesta tramite e-mail (gaetano.depreti@asmn.re.it) e non vengono riportate in questa sede per ragioni di brevità. Le linee guida, rivedute disponibili, sono state valutate in base ai criteri proposti nello strumento *AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)*.

Il GLIM ha tenuto conto del Documento SIED 2007: "La gestione delle emergenze-urgenze in endoscopia digestiva", il quale ha rappresentato un'importante base e guida durante tutto il processo di lavorazione.

FORMATO DEL DOCUMENTO

Il GLIM ha convenuto di adottare come formato del presente documento di percorso quello dell'*algoritmo commentato*. Le raccomandazioni sono sintetizzate in forme di algoritmi con caselle corredate da numeri che rimandano a specifici commenti esplicativi. Il formato suddetto presenta il principale vantaggio di poterarsi a diverse *chiamate* di lettura: in particolare, il professionista può limitarsi e consultare l'algoritmo per rivedere rapidamente le varie fasi del percorso, oppure può dedicarsi alla lettura più approfondita comprendente l'esame dei commenti. La prima modalità di consultazione rende il documento adatto all'impiego come *quick reference guide* al letto del malato, la seconda lo pone come riferimento anche per chi desidera approfondire le proprie conoscenze su specifici aspetti del percorso.

CONFLITTI D'INTERESSE

I membri del gruppo di lavoro che hanno partecipato alla stesura del documento negano situazioni personali di conflitto d'interessi che possano aver influenzato l'indipendenza del loro contributo. Il supporto economico nell'organizzazione del meeting di presentazione proviene dalle Società Scientifiche committenti ed in parte dall'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia (Osservatorio Ricerca ed Innovazione Aziendale e Dipartimento Emergenza-Urgenza). Le opinioni ed interessi di queste istituzioni non hanno in alcun modo influenzato il contenuto delle raccomandazioni.

RINGRAZIAMENTI

Il gruppo di lavoro sulle emergenze e urgenze endoscopiche ringrazia per il contributo offerto nella produzione del presente documento:

Giuliano Bedogni (Direttore U.O. Endoscopia Digestiva Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia), Valterio Bianchi (UO Endoscopia Digestiva Az. Osp.-Univ. Policlinico di Modena), Lorenzo Camuffo (U.O. Endoscopia Digestiva Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia), Alessandro Colantoni (DEA Az. Osp.-Univ. Policlinico di Modena), Vito Darni (Responsabile Sistema Qualità AUSL Modena), Salvatore De Franco (Direttore Servizio Formazione Innovazione Clinica e Biblioteca Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia), Silvio Di Tada (Direzione Presidio Ospedaliero Provinciale AUSL Modena), Debora Fornisio (Direzione Presidio Ospedaliero Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia), Alessandra Guglielmi (Centro Formazione ECM Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia), Veronica Iori (U.O. Endoscopia Digestiva Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia), Maria Pazzaglia (Direttore DEA Ospedale S. Maria delle Croci Ravenna), Lidia Scalabrini (Area Comunicazione Aziendale Az. Osp. S. Maria Nuova Reggio Emilia).

Un ringraziamento particolare va ad Anna Maria Ferrari, Direttore del DEA provinciale di Reggio Emilia, per il prezioso e paziente sostegno umano e scientifico offerto durante la stesura del documento.

3

Epidemiologia

- L'ingestione di un corpo estraneo (CE) è un evento abbastanza comune: incidenza di 13 episodi anno/100000 abitanti
 - Nella nostra realtà, nel periodo 2008-2009 l'ingestione di CE è stata $> 10\%$ delle EGDS eseguite in urgenza
-
-

Generalità

- Innocui – pericolosi per la vita
 - Possibili in tutte le classi di età (il 60-80% dei CE ingeriti riguarda bambini di età compresa tra 6 mesi e 6 anni)
 - Fattori favorenti: deficit acutezza sensoriale orale per psicopatie, TD, alcool, cibi freddi, anziani specie edentuli, adulti con patologie neurologiche
 - Ingestione accidentale (>90%) – intenzionale (carcerati, disturbi mentali)
 - Correlazione tra gruppi di età e specifici tipi di materiale ingerito
-
-

Natura del corpo estraneo

- Frammenti di giocattoli, piccoli oggetti, monetine, spille, perline, frammenti di vetro, materiale protesico odontoiatrico, schegge,...
 - Bezoari (tricobezoari: capelli umani; fitobezoari: fibre vegetali, semi, gusci)
 - Calcoli biliari
 - Oggetti a composizione potenzialmente tossica (piombo, batterie, da rimuovere entro poche ore)
 - Il 90% dei CE è radio-opaco
-
-

Tipologia dei CE

La morfologia e le dimensioni dei CE sono estremamente variabili, identificabili in 4 gruppi fondamentali:

- CE SMUSSI (boli alimentari, monete, sassi, etc.)
- CE VULNERANTI (aghi, spille, lische, ossi, lamette, etc.)
- CE TOSSICI (batterie disco, oggetti con Pb, stupefacenti, etc.)
- CE MAGNETICI



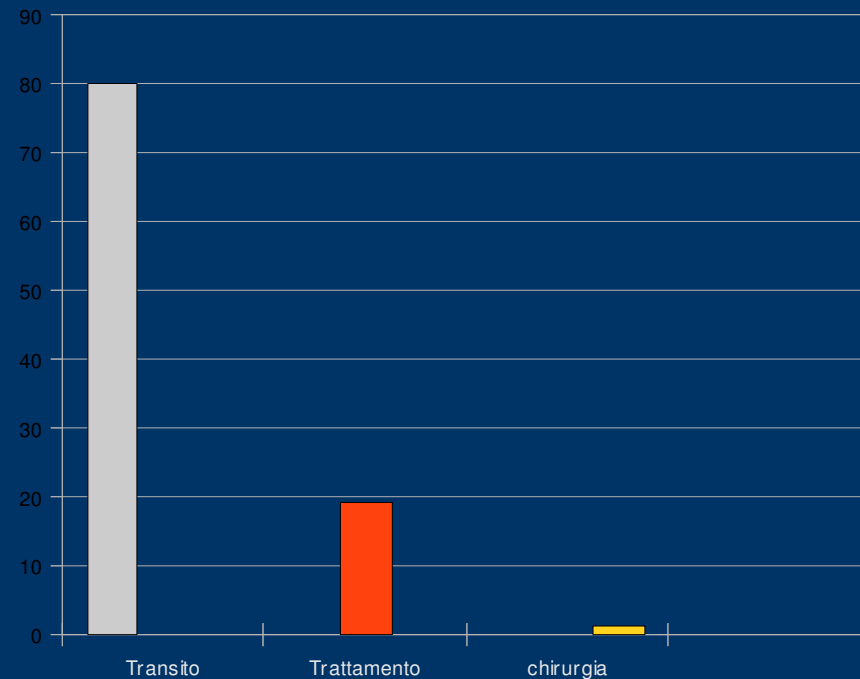
Fisiopatologia

■ L'80-90% dei CE ingeriti passa spontaneamente attraverso il tratto GE senza creare problemi

■ Il 10-20% richiede provvedimenti terapeutici non invasivi o semplice rimozione endoscopica

■ <1% causa complicanza perforativa

■ <1% richiede intervento chirurgico



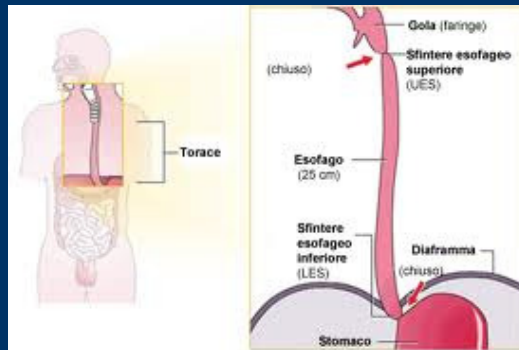
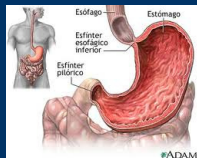
Fisiopatologia

“Ingested foreign bodies may be found anywhere throughout the digestive tract, but the majority of articles tend to lodge in several physiologic narrow spaces”

Sedi possibili di arresto del CE

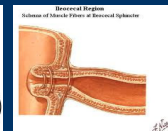
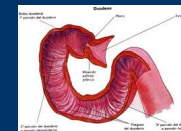
Sedi più frequenti

- UES (muscolo cricofaringeo)
- III medio esofago
- LES
- Piloro



Sedi più rare

- ✧ Ginocchio inferiore duodenale
- ✧ Diverticoli intestinali (Meckel)
- ✧ Valvola ileocecale



Fisiopatologia

Bambini: 5 aree di restringimento in esofago:

- Restringimento cricofaringeo (C6)
 - Inlet toracico (T1)
 - Arco aortico (T4)
- Biforcazione tracheale (T6)
- Restringimento iatale (T10-11)

La > parte delle ostruzioni si verifica nell'esofago
prossimale

Fisiopatologia

In base alla forma, il CE può:

Transitare fino al retto

Stop in Esofago o in qualsiasi tratto del tubo
gastrointestinale

Possibili complicanze legate a perforazioni,
ostruzioni

Presentazione clinica

- ◆ Nei ragazzi e negli adulti collaboranti l'ingestione del CE viene percepita con esattezza nel momento in cui avviene e viene riferita con precisione la natura del CE
 - ◆ Nei bambini e negli adulti con deficit cognitivi l'ingestione del CE può rimanere misconosciuta anche per molti giorni
-
-

Approccio in DEA

Il Pronto Soccorso rappresenta in genere la prima sede di osservazione

Anamnesi:

- ✓ **Circostanze e volontarietà**
 - ✓ **Caratteristiche del CE**
 - ✓ **Sintomatologia**
 - ✓ **Tempo trascorso dall'ingestione**
 - ✓ **Ora ultimo pasto**
 - ✓ **Patologie preesistenti**
 - ✓ **Eventuale oggetto gemello**
-
-

Sintomatologia

✓ E' in relazione alla sede:

In esofago

- Disfagia, odinofagia
- Dolore al collo, torace
- Rifiuto del cibo
- Irritabilità
- Scialorrea
- Emesi
- Tosse, stridore laringeo
- Dispnea, tachipnea
- **Assenza di sintomi**


Oltre l'esofago

Assenza di sintomi

Dolore addominale

Distensione addominale

Emesi



Spesso i sintomi
sono dovuti
alle complicanze

Complicanze

- Le eventuali complicanze si possono manifestare con quadri clinici diversi:
mediastinite, perforazione, occlusione, peritonite, fistola, ascesso, emorragia, avvelenamento, etc.
- Complicanze globali < 1%
- Complicanze da rimozione endoscopica 8%

La sensazione di CE può rimanere anche dopo l'eliminazione spontanea o la rimozione

Esame obiettivo

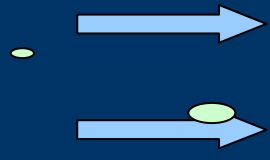
- Ispezione cavo orale
- Valutazione regione del collo

- Iperemia
- Crepitazioni

Perforazione
Ipofaringe?
Esofago?

- Stato di ventilazione

- Stridore inspiratorio
- Wheezing unilaterale



Ostruzione alte vie aeree

Ostruzione basse vie aeree

- Addome

- Segni di occlusione
- Peritonismo

Complicanza?

Ab ingestis?
CE vie aeree?

Controllo parametri vitali (PA, FC, FR, SPO2)

Diagnosi differenziale

il paziente, in particolare il bambino, può giungere
in PS senza anamnesi nota di CE:

- Appendicite?
- Esofagite?
- Gastrite – Ulcera peptica?
- PNX ? Pneumomediastino?
- Asma?
- **Inalazione di CE?** →

Ostruzione VA parziale? Completa?



Approccio standard ABCD:
Gestisci le VA ed eventualmente tenta
disostruzione
Garantisci la ventilazione

Emergency Department Management

General Care

Because the great majority of ingested foreign bodies traverse
The entire gastrointestinal tract without any problems, treatment
Can be expectant once the object has passed through the pylorus
“tintinnalli et al, chp 76”

In caso di ostruzione esofagea aspirare attorno alla sede
del corpo estraneo occludente per prevenire lesioni da
aspirazione

Diagnostica

**Anamnesi - E.O. Compatibili
con ingestione di CE**

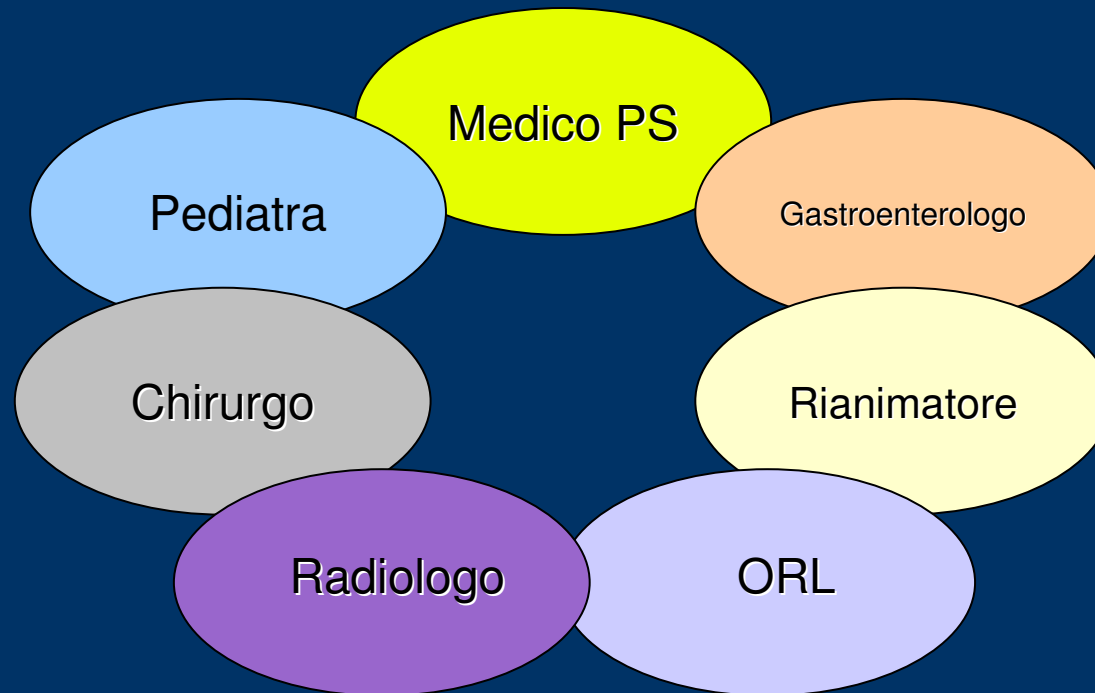


**Rx collo, torace,
addome**

Diagnostica

- ✓ Rx collo, torace, addome (AP, LL)
 - Consente la precisa localizzazione dei CE radiopachi
 - Fornisce indicazioni sul grado di ripienezza gastrica
 - Mostra eventuale aria libera
 - ✓ In caso di CE radiotrasparenti si procede direttamente ad endoscopia
 - ✓ Timing Rx – EGDS entro 30 '
 - ✓ Nel sospetto di perforazione considera TC
 - ✓ Es. Laboratorio nel sospetto di complicanze
 - ✓ Esame endoscopico
-
-

Approccio multidisciplinare



Anamnesi e/o EO compatibili con ingestione da CE

Rx collo, torace, addome

Attenzione: nei rari casi di pz sintomatici con CE nello stomaco, tempi e modalità di rimozione dovranno essere definiti caso per caso

CE in esofago

CE oltre l'esofago

Rimozione endoscopica appena possibile

CE smusso < 2.5-3 cm

Ce allungato
Adulto 6-10 cm
Neonato 2-3 cm
Bambino 3-5 cm

CE vulnerante

Batterie

Nello stomaco:
-Rx settimanale
- Rimuovere se non progredisce dopo 3-4 settimane

Nello stomaco:
Rimuovere dopo circa 6 ore
(tempo utile per svuotamento gastrico)

Nello stomaco:
Rimuovere dopo circa 6 ore
(tempo utile per svuotamento gastrico)

Stilo-corazzate

A disco /bottone

Come CE smusso

Oltre lo stomaco:
-Rx settimanale
- Rimuovere se non Progredisce dopo 1 settimana

Oltre lo stomaco:
-Rx settimanale
- Rimuovere se non progredisce Dopo 1 settimana

Oltre lo stomaco:
-Rx giornaliero
- Rimuovere se non progredisce dopo 3 giorni

Nello stomaco:
Rimuovere dopo circa 6 ore
(tempo utile per svuotamento gastrico)

Oltre lo stomaco:
Rx ogni 3-4 gg

Situazioni particolari

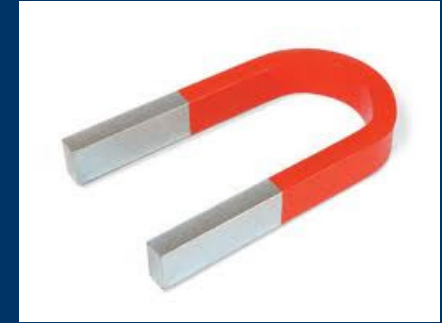
- ✓ Ingestione di magneti
 - ✓ CE contenenti piombo
 - ✓ CE contenenti stupefacenti “narcotic packets”
 - ✓ Ingestione di grande quantità di farmaci (pillole, capsule, compresse)
-
-

Ingestione di magneti



- L'ingestione di un singolo magnete viene gestita in base alla sua forma, dimensione e sede nel tubo digerente
- **L'ingestione di magneti multipli può causare gravi danni** (perforazioni, necrosi, emorragie, occlusioni) a causa dell'adesione fra i magneti stessi con compressione delle anse interposte

Ingestione di magneti



- Si raccomanda pertanto:
 - × Rimozione rapida di tutti i magneti presenti nello stomaco
 - × Ricovero del paziente e stretto monitoraggio dei magneti transitati oltre il duodeno
 - × Rapido consulto chirurgico in caso dei sintomi allarme
-
-

CE contenenti piombo



Dato il **rischio di grave tossicità** si raccomanda:

- ✓ Rapida rimozione endoscopica
- ✓ Determinazione basale della piombemia
- ✓ Somministrazione ev di PPI al fine di rallentare la liberazione di piombo a livello gastrico
- ✓ Eventuale terapia chelante sulla scorta delle indicazioni del CAV

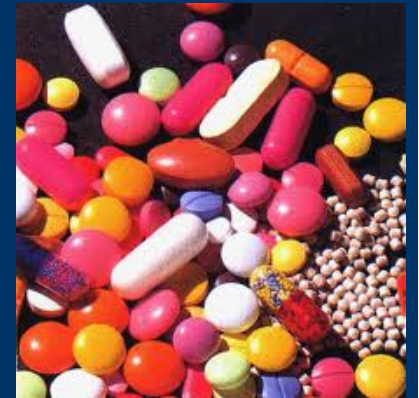
CE contenenti stupefacenti



- Questo genere di CE NON dovrebbe essere rimosso endoscopicamente per l'elevata possibilità di rottura o danneggiamento del contenitore, con conseguente tossicità acuta legata alla sostanza stupefacente
 - Si raccomanda:
 - ricovero e stretto monitoraggio clinico
 - rapido consulto chirurgico in caso di sintomi di tossicità acuta
-
-

Assunzione di grandi quantità di farmaci (compresse, capsule, pillole)

Si raccomanda:



- × Rapido consulto del CAV
 - × Rimozione endoscopica: a volte le compresse possono “compattarsi” fra loro determinando riduzione dell'assorbimento del farmaco
-
-

Il Corpo Estraneo: Gestione pre-endoscopica nel DEA

Grazie



Maurizio Giacometti

U.O Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza
Centrale Operativa 118
Azienda Ospedaliero Universitaria
Arc. S. Anna
Ferrara