

Corpo estraneo

Il timing dell'endoscopia e descrizione degli Algoritmi

Dr.ssa Viviana Cifalà

Modulo Dipartimentale di Endoscopia Digestiva

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

GERIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

università di ferrara
DA SEICENTO ANNI. GUARDIAMO AVANTI.

Workshop

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



Venerdì 3 Dicembre 2010
Aula Magna dell'Università degli Studi
Via Savonarola, 9 — Ferrara

Con il Patrocinio delle Sezioni Regionali
AIGO — SIED — SIGE Emilia Romagna

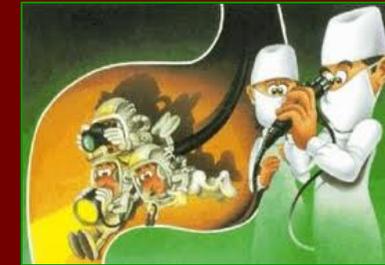
Crediti ECM richiesti per Medici ed Infermieri

L'INGESTIONE DEI C.E RAPPRESENTA UN'EVENIENZA FREQUENTE NELL'ATTIVITA' DI UN SERVIZIO DI ENDOSCOPIA

NEL 80-90% DEI CASI IL C.E VIENE ELIMINATO SPONTANEAMENTE CON LE FECI



NEL 10-20% DEI CASI E' RICHIESTA LA RIMOZIONE ENDOSCOPICA



NEL 1-2% DEI CASI E' RICHIESTA LA RIMOZIONE CHIRURGICA



TIPOLOGIA DEI PAZIENTI

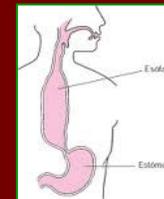
BAMBINI



- ❑ DI ETA' COMPRESA FRA I 6 MESI ED I 6 ANNI CON UN PICCO ATTORNO AI 2 ANNI

ADULTI

- ❑ ANZIANI, SPECIE NEI PAZIENTI EDENTULI
- ❑ PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI NEURO-PSICHIATRICI
- ❑ PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE DELL'ESOFAGO (ORGANICHE O FUNZIONALI)
- ❑ DETENUTI
- ❑ ETILISTI



LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON C.E E' MULTIDISCIPLINARE



PRONTO SOCCORSO



❖ **ANAMNESI**

❖ **VALUTAZIONE CLINICA**

❖ **RX COLLO/TORACE/ADDOME (30' PRIMA
DELL'ESAME ENDOSCOPICO)**

❖ **TC**

❖ **ECG ED ESAMI DI LABORATORIO**

IL MANAGEMENT ED IL TIMING DELLA RIMOZIONE ENDOSCOPICA DEL C.E DIPENDONO DA ALCUNI FATTORI

- **ETA' E CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE**
- **TIPOLOGIA DEL C. E**
- **SEDE DI ARRESTO**
- **ABILITA' ED EQUIPAGGIAMENTO DEL TEAM ENDOSCOPICO**

TIPOLOGIA C.E



- ALIMENTI (BOLI CARNEI)
- OGGETTI
(SMUSSI, VULNERANTI,
ALLUNGATI)
- CONTENITORI TOSSICI
(DISK BATTERIES, OGGETTI
CONTENENTE PIOMBO,
NARCOTIC PACKET)

(Gastrointest Endosc 2006;64:485-92.)

SEDI POSSIBILI DI ARRESTO DEL C-E

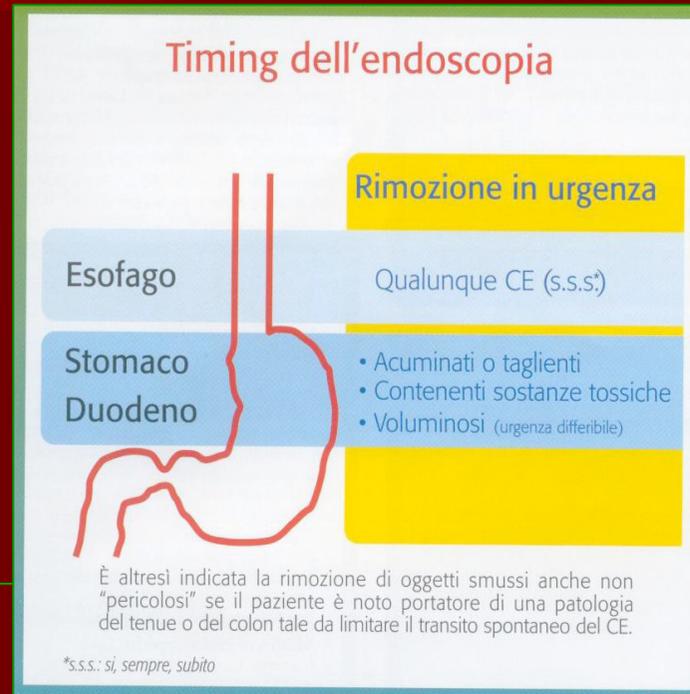
PIU' FREQUENTI

- **Sfintere esofageo superiore**
- **Terzo medio dell'esofago**
- **Sfintere esofageo inferiore**
- **Piloro**
- **Valvola Ileocecale**

PIU' RARE

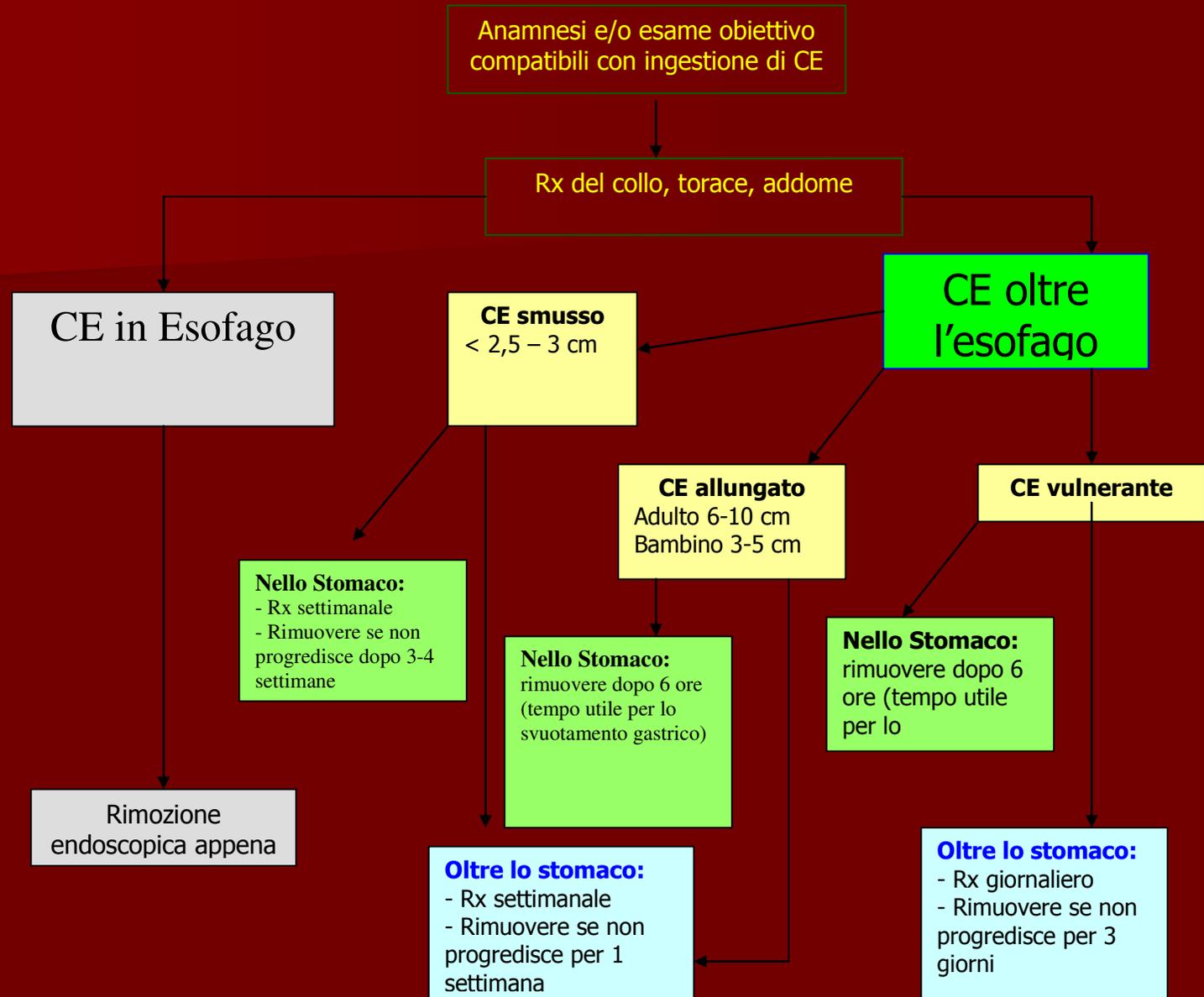
- **Ginocchio inferiore del duodeno**
- **Diverticoli intestinali (Meckel)**

TIMING ENDOSCOPICO

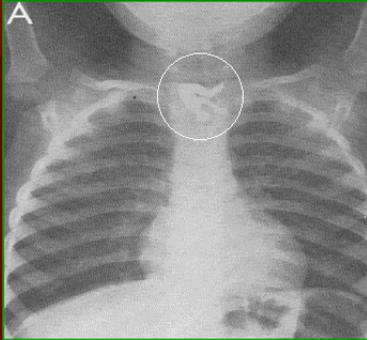


LA NECESSITA' DI RECUPERARE IL CORPO ESTRANEO IN URGENZA O L'ATTESA, E' DETTATO DAL RISCHIO DI PERFORAZIONE E/O ASPIRAZIONE

**ALGORITMO
PROPOSTO PER
LA GESTIONE
DEL PAZIENTE
CON INGESTIONE
DI CORPO
ESTRANEO**



C.E IN ESOFAGO



REGOLA DELLE SSS (SI, SEMPRE, SUBITO)

(Linee Guida S.I.E.D. 1995)

- ***NEL CASO DI PICCOLI OGGETTI SMUSSI (ES: MONETE) IN PAZIENTE ASINTOMATICO E' ACCETTABILE OSSERVAZIONE FINO AD UN MASSIMO DI 24h PER POSSIBILE PASSAGGIO NELLO STOMACO***

C.E OLTRE L'ESOFAGO



C.E SMUSSO <2,5-3 CM



STOMACO

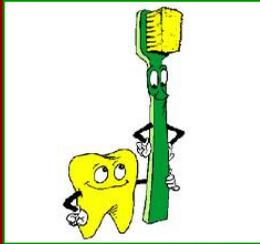
- RX SETTIMANALE
- RIMOZIONE SE NON PROGREDISCE DOPO 3-4 SETTIMANE



OLTRE LO STOMACO

- RX SETTIMANALE
- RIMOZIONE SE NON PROGREDISCE DOPO 1 SETTIMANA

C.E OLTRE L'ESOFAGO



CE ALLUNGATO
ADULTO 6-10 CM
BAMBINO 3-5 CM



STOMACO

- **RIMUOVERE ENTRO 6 h**
(TEMPO UTILE PER LO
SVUOTAMENTO GASTRICO)



OLTRE **LO STOMACO**

- **RX SETTIMANALE**
- **RIMUOVERE SE NON**
PROGREDISCE DOPO
1 SETTIMANA

C.E OLTRE L'ESOFAGO



C.E VULNERANTE



STOMACO

- RIMUOVERE ENTRO 6 h
- (*TEMPO UTILE PER LO SVUOTAMENTO GASTRICO*)



OLTRE LO STOMACO

- RX GIORNALIERO
- RIMUOVERE SE NON PREGREDISCE ENTRO 3 GG

Situazioni particolari

- o Batterie
- o Magneti
- o Narcotic packets
- o Oggetti contenenti piombo
- o Farmaci
- o Boli Carnei

Batterie

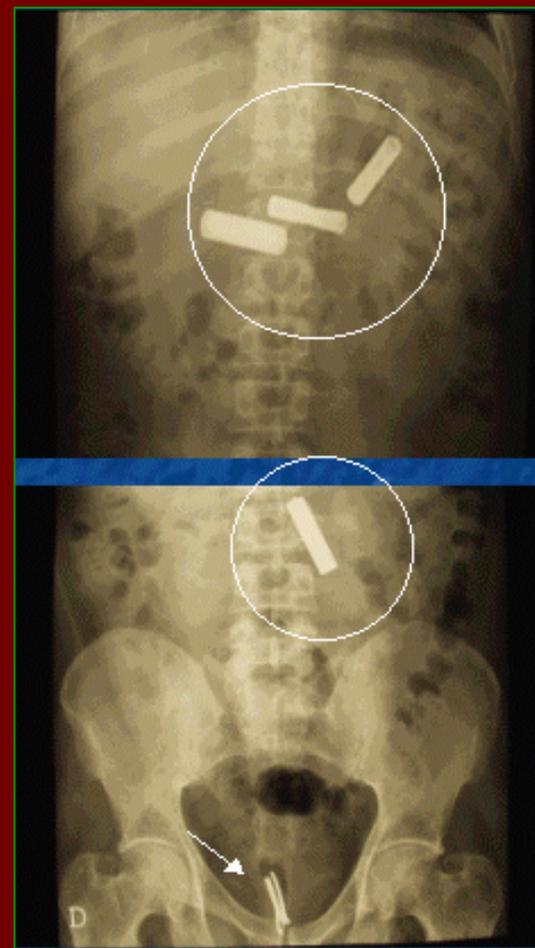


Batterie "stilo"



Disk batteries

***Le batterie stilo
se di tipo corazzato,
non rilasciano
sostanze tossiche e
pertanto vanno
considerate come
C.E smussi***

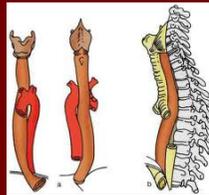


LE DISK BATTERIES

- ❑ i componenti del catodo, anodo e dell'involucro sono Zn, Ag, Cu
- ❑ contengono idrossido di Na e di K per facilitare le reazioni elettrochimiche

la lesività è determinata dall'attivazione locale di corrente e dalla rottura con rilascio di metalli e sostanze caustiche, con possibile tossicità locale o sistemica

Esofago



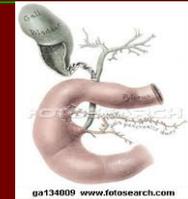
- Rimozione endoscopica appena possibile

Stomaco



- Rimozione dopo
- Mancato transito attraverso il piloro entro 48 h

Oltre stomaco



- Rx ogni 4 GG
- F.U clinico

MAGNETI



LA LESIVITA' E' DOVUTA ALLA FORZA DI ATTRAZIONE CHE SI ESPLICA ATTRAVERSO LE PARETI DELL'INTESTINO

- L'INGESTIONE DEL SINGOLO MAGNETE VIENE GESTITA IN BASE ALLA FORMA, DIMENSIONE E SEDE
- L'INGESTIONE DI MAGNETI MULTIPLI PUO' CAUSARE PERFORAZIONE, NECROSI, OCCLUSIONE, EMORRAGIE INTRAPERITONEALI

SI RACCOMANDA

- ✱ ***RIMOZIONE IMMEDIATA DI TUTTI I MAGNETI***
- ✱ ***MONITORAGGIO CLINICO E RX SE I MAGNETI HANNO SUPERATO IL PILORO***
- ✱ ***INTERVENTO CHIRURGICO AL MINIMO SINTOMO***

Wildhaber BE, le Coultre C et al. ingestion of magnets: innocent in solitude, harmful groups, journal of pediatric surgery 2005



NARCOTIC PACKETS

NON DEVE ESSERE RIMOSSO ENDOSCOPICAMENTE

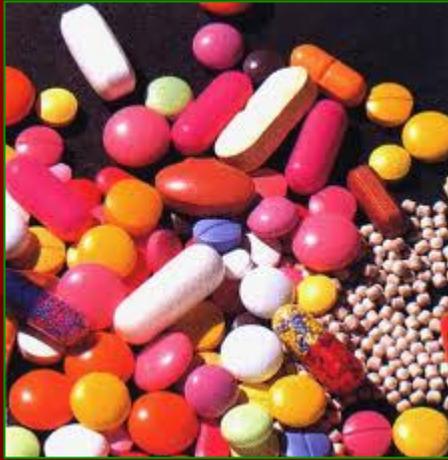
SI RACCOMANDA

■ *RICOVERO OSPEDALIERO*

■ *MONITORAGGIO CLINICO*

RAPIDO CONSULTO CHIRURGICO IN CASO DI SINTOMI DI TOSSICITA' ACUTA

Veyrie N et al. Value of a systematic operative protocol for cocaine body packer. Word j surg 2008



PILLOLE

- **CONSULTARE IL CAV**
- **RIMOZIONE ENDOSCOPICA**
- **LE COMPRESSE POSSONO "COMPATTARSI",
DETERMINANDO UNA RIDUZIONE
DELL'ASSORBIMENTO**

CE CONTENENTI PIOMBO



- ❑ **RIMOZIONE ENDOSCOPICA IN URGENZA, ANCHE IN PAZIENTE ASINTOMATICO**
- ❑ **DETERMINAZIONE DELLA PIOMBEMIA**
- ❑ **SOMMINISTRAZIONE DI PPI**





BOLO CARNEO



- ❖ **PIU' FREQUENTE NEI PAZIENTI ADULTI SPECIE SE EDENTULI**
- ❖ **SPESSO ASSOCIATO ALLA PRESENZA DI PATOLOGIA ESOFAGEA**
- ❖ **DEVE ESSERE RIMOSSO PRIMA POSSIBILE**
- ❖ **SCONSIGLIATO SPINGERLO ALLA CIECA PER LA POSSIBILE PRESENZA DI STENOSI**



Osso di pollo conficcato nella parete esofagea

NELLA RARA EVENIENZA, CHE NELLA NOSTRA REALTA' POSSIAMO STIMARE PARI A CIRCA 2 CASI/ANNO, NELLA QUALE LA RIMOZIONE ENDOSCOPICA DEL C.E ESOFAGEO NON FOSSE POSSIBILE MEDIANTE L'AUSILIO DELLA STRUMENTAZIONE IN DOTAZIONE, SI RENDERA' NECESSARIO IL TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE PRESSO UN CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE. TALE TRASFERIMENTO VERRA' GESTITO DAI MEDICI DEL PS

**La rimozione endoscopica si è dimostrata risolutiva per la maggior parte dei corpi estranei, che non transitano lungo il canale digerente.
L'esperienza dell'endoscopista e dell'infermiere migliora la percentuale di successo e riduce tempi dell'esame**

0016-5107/97/4506-0490\$5.00 + 0
GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY
Copyright © 1997 by the American Society for Gastrointestinal Endoscopy

Device choice and experience level in endoscopic foreign object retrieval: an in vivo study

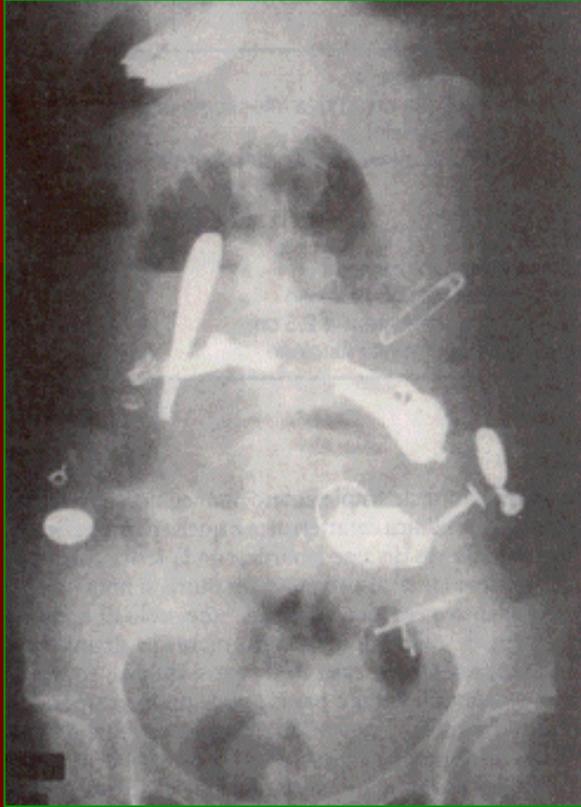
Douglas O. Faigel, MD,* Brian R. Stotland, MD, Michael L. Kochman, MD, Timothy Hoops, MD
Thomas Judge, MD, Joyann Kroser, MD, James Lewis, MD, William B. Long, MD, David C. Metz, MD
Christopher O'Brien, MD, Deborah B. Smith, RN, Gregory G. Ginsberg, MD

**Tuttavia anche
l'operatore esperto
deve sempre
considerare che una
gastrostomia, in certe
circostanze è
sicuramente più
semplice e meno
rischiosa, qualora
l'estrazione
endoscopica presenti
evidenti difficoltà con
elevato rischio di
complicanze**

**AFFIDARE UN PAZIENTE CON CE AL
CHIRURGO
non è una sconfitta!**



**LA VITTORIA DELLA
RAGIONE**



Grazie per l'attenzione