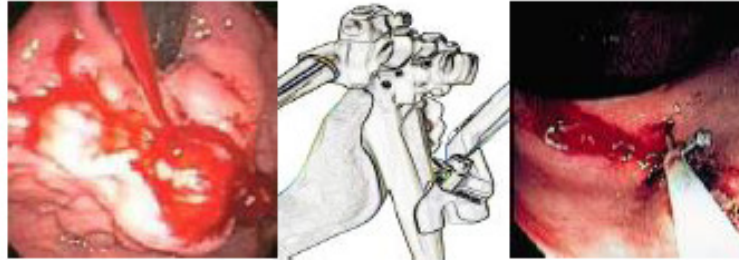


LE EMERGENZE-URGENZE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:

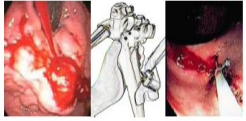
Gestione Mediante Percorsi Integrati nella Realtà Ferrarese



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

I CAUSTICI: DESCRIZIONE DEGLI ALGORITMI

V. G. Matarese
U.O. Gastroenterologia
Azienda U.O. S. Anna di Ferrara



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

“...l'ingestione di sostanze caustiche è a tutt'oggi un problema medico e sociale, nonostante gli sforzi delle case produttrici per ridurre al minimo le conseguenze...”



- **..il danno da esse prodotto determina importanti limitazioni funzionali d'organo e sistemiche..**
- **..è indispensabile il massimo sforzo per mettere in atto tutte le misure necessarie per la stabilizzazione del paziente..**



**l'ingestione di caustici rappresenta una
situazione di emergenza/urgenza
che necessita di un
approccio specialistico multidisciplinare**

documenti pubblicati

SIED 2008

“Ingestione di sostanze caustiche: sintesi clinico-patologica e guida al management del paziente in acuto”

SIGENP 2008

“Consensus statement sulle urgenze non emorragiche in età pediatrica”

lesioni e sintomi precoci

- Ulcere orali
- Sanguinamento mucoso
- Disfagia
- Odinofagia
- Tosse
- Dolore toracico
- Coagulopatia
- Alterazioni elettrolitiche

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

evoluzione del danno

1. **Stadio infiammatorio acuto** (1°-3° giorno)
edema, eritema, trombosi vascolare, necrosi
2. **Stadio di granulazione** (4°-15° giorno)
eliminazione del tessuto necrotico e proliferazione di fibroblasti
3. **Stadio di cicatrizzazione** (dalla 3 settimana)
formazione di tessuto fibroso (stenosi)

complicanze tardive

- **Lesioni orofaringee:** retrazioni cicatriziali con stenosi della muscolatura orale
- **Fistole tracheo-esofagee**

Ryan F, Oral surg 2006

Reflusso Gastro Esofageo (MRGE) Esofago di Barrett

retrazione cicatriziale esofago



“esofago corto”



alt. motilità e dei meccanismi anti-reflusso



stenosi non responsive alla dilatazione endoscopica



esofago di “Barrett”

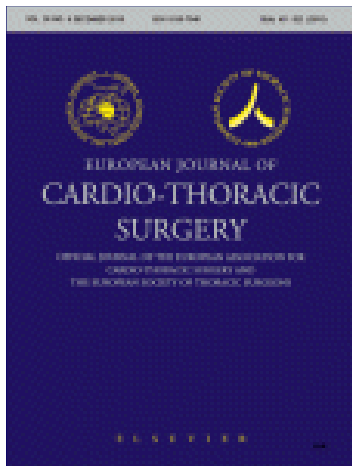
complicanze tardive

- Stenosi esofagee **5-17%**
- Stenosi gastriche (piloro) **5%**

Pooley GW, Gastr. End 2004

- Ca esofageo (cellule squamose) **7%**

Gumaste VV, Am J Gastr. 2004

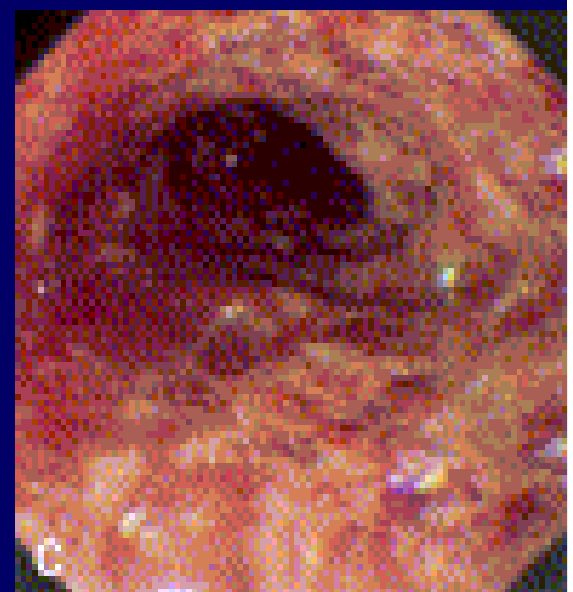
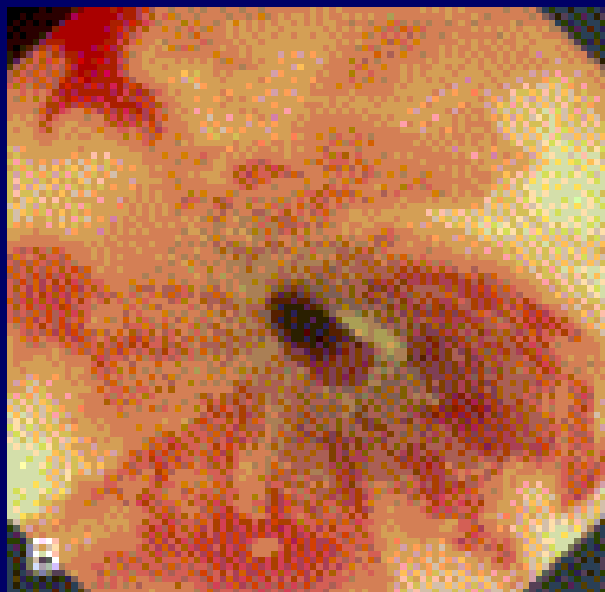
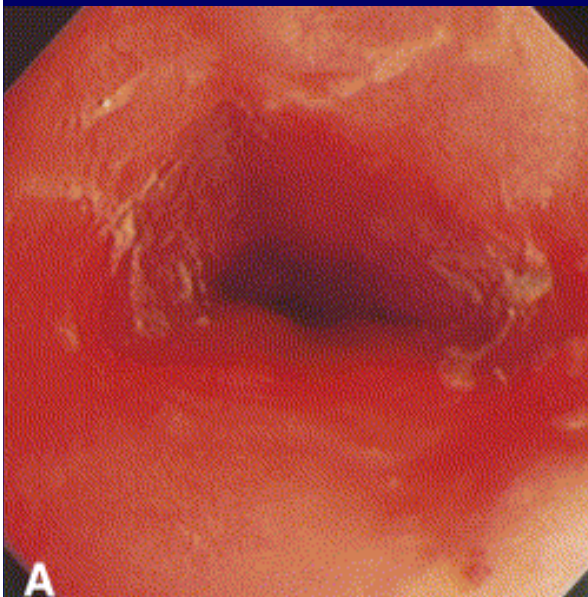


Caustic ingestion and oesophageal cancer: intra- and peri-tumoral fibrosis is associated with a better prognosis

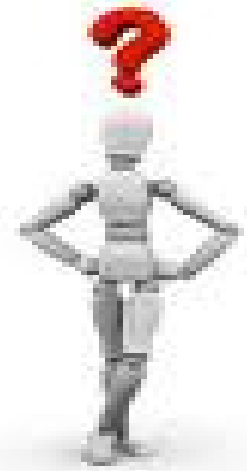
European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2010

- **la presenza di tessuto fibrotico peri/intra tumorale si associa con una migliore prognosi**
- **determina una protezione contro la disseminazione locale e linfonodale**

DIAGNOSI ENDOSCOPICA



chi



quando

chi

come

dove

dove

chi
come

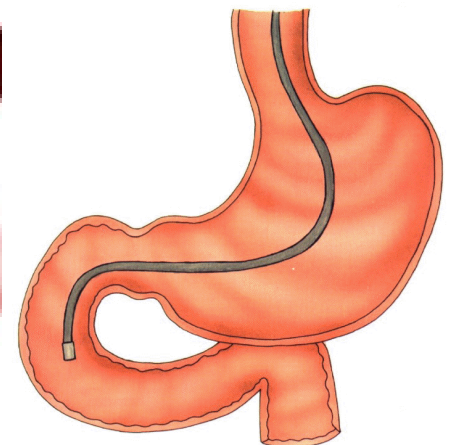
perché?

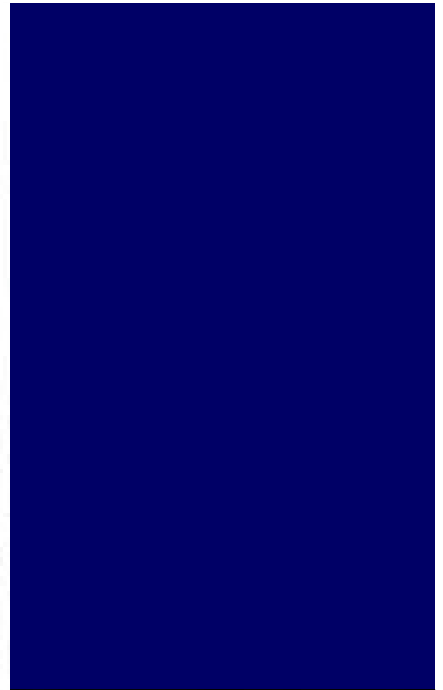
dove

perché
quando

chi

chi





Timing dell'endoscopia

EGDs entro 6 ore

- seleziona i pz da trattare da quelli chirurgici
- decontaminazione in caso di ingestione di caustico con tossicità sistemica

EGDs entro 12/24 ore

- pz asintomatico
- recente assunzione di cibo (ab ingestis)
- assunzione di **ipoclorito di sodio**: l'insorgenza delle lesioni più lenta

**NO EGDs nei successivi 15 gg
dopo l'ingestione
alto rischio di perforazione**

EGDs con assistenza anestesiológica

- prevenire il danno da opposizione cosciente
- una esplorazione di durata adeguata
- evitare l'inalazione del caustico
- in caso di severo quadro clinico

Monitoraggio continuo dei parametri vitali e manovre rianimatorie se necessarie

PROPOSTA DI FLOW-CHART



**ingestione accertata/
paz. asintomatico/
adulto**

accidentale

volontaria

- sintomatico
- elevata quantità
di caustico
- decontaminazione
x tossicità sistemica

Rx torace + addome
Rx transito
TC con mdc

asintomatico

EGDs entro 12/24 h

**EGDs
appena possibile
(entro 6 ore)**

perforazione?

no

si

chirurgia

Stadiazione di Zagar

Grado	Tipo di lesione
Grado 1	<u>Edema e iperemia della mucosa</u>
Grado 2	
2a	<u>Ulcere superficiali, erosioni, friabilità, essudati, emorragie, membrane biancastre</u>
2b	<u>Come grado 2 + ulcerazioni profonde discrete o interessanti la parete del viscere in modo circonferenziale</u>
Grado 3	
3a	<u>Aree di necrosi piccole o disseminate</u>
3b	<u>Necrosi estesa</u>

Grado 2b: infezioni, stenosi di grado variabile, reflusso, possibilità perforazione

Grado 3a: 50-80% stenosi

Grado 3b: 100% stenosi, alto rischio di perforazione e complicanze

prosecuzione percorso dopo EGDs

