

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## *Modulo Dipartimentale di Chirurgia d'Urgenza*

# Le Emergenze – Urgenze in Endoscopia Digestiva

*Ferrara 03 Dicembre 2010*

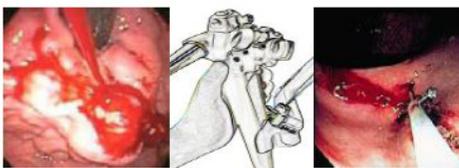
**Ruolo del Chirurgo  
nei percorsi d'urgenza**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

università di ferrara  
DA TE CORTEO VINO SULL'OROLOGIO ROMANO

Workshop

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

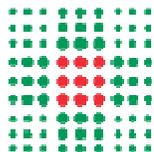


**Venerdì 3 Dicembre 2010**  
*Aula Magna dell'Università degli Studi  
Via Savonarola, 9 – Ferrara*

Con il Patrocinio delle Sezioni Regionali  
**AIGO – SIED – SIGE Emilia Romagna**

Crediti ECM richiesti per Medici ed Infermieri

*Giorgio Vasquez MD*  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara  
[giorgio.vasquez@unife.it](mailto:giorgio.vasquez@unife.it)  
[giorgiovasquez.blogspot.com](http://giorgiovasquez.blogspot.com)

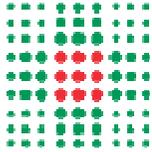


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



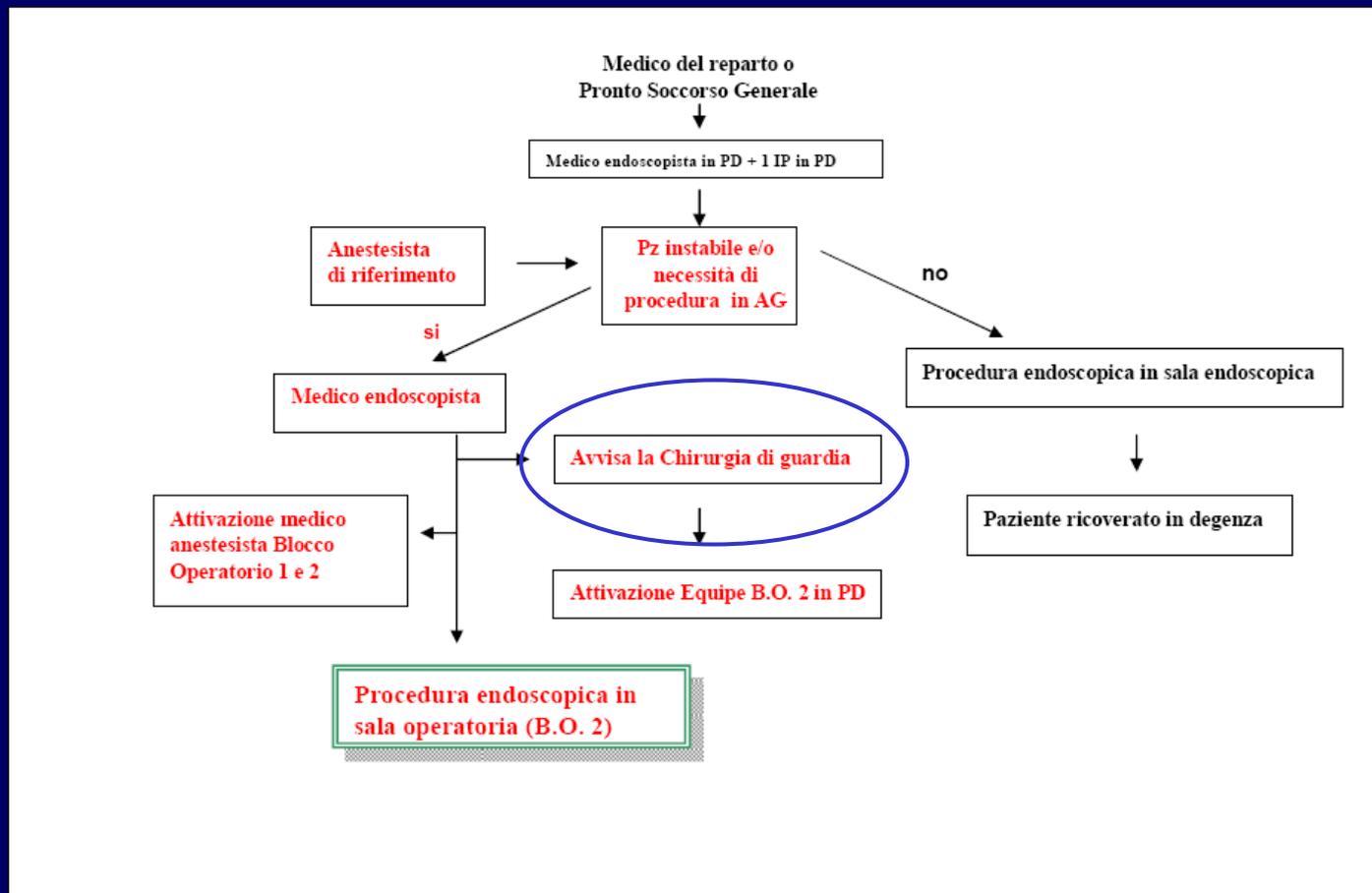
# Ruolo del Chirurgo nei percorsi d'urgenza

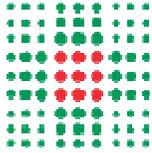
- Ruolo divenuto sempre più marginale
  - Miglioramento delle tecniche
  - Standardizzazione delle metodiche
  - Adesione a linee guida condivise
  - Ausilio della Radiologia interventiva
- **EDU** si rivela esaustiva nel 80-95% dei casi
  - Grande soddisfazione di tutti (specialmente dei pazienti)



## PERCORSO ENDOSCOPIA DIGESTIVA IN URGENZA

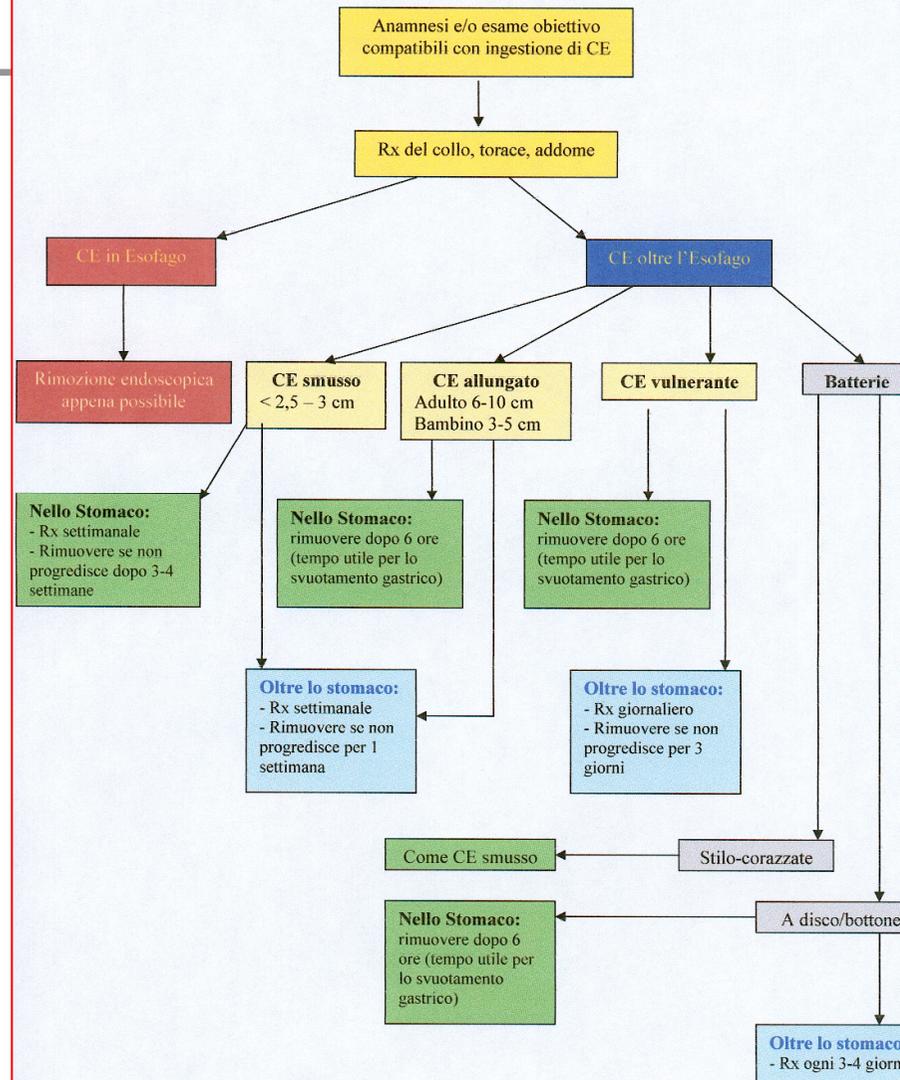
### procedura di endoscopia d'urgenza in sala operatoria, blocco operatorio 2

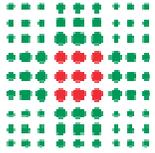




# Ingestione di corpi estranei

Quello che segue rappresenta l'algoritmo proposto per la gestione del paziente con ingestione di corpo estraneo (nelle forme più frequenti):

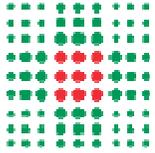




# Ingestione di corpi estranei

## Epidemiologia

- ✓ L'ingestione di un corpo estraneo (CE) è un evento abbastanza comune: incidenza 13 episodi anno/100000 ab.
- ✓ Nel 80-90% dei casi il CE viene eliminato spontaneamente con le feci.
- ✓ Nel 10-20% dei casi si rende necessaria la rimozione endoscopica
- ✓ Nel 1-2% dei casi è richiesta la rimozione chirurgica

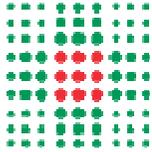


# Ingestione di corpi estranei

## INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI

### ITER DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

- Osservazione clinica e del contenuto fecale continuando dieta regolare e non assumendo purganti
- Esame radiologico dell'addome ripetuto ogni 4 gg. di fronte a corpi estranei appuntiti o molto lunghi
- Asportazione endoscopica o laparotomica/laparoscopica nel caso di oggetti tondeggianti di diametro di oltre i 5 cm (di 2 cm nel lattante) che in genere si posizionano nello stomaco, e di oggetti sottili di lunghezza di oltre 10 cm (di 3 cm nel lattante) che in genere si arrestano nella C duodenale, così come ancora di oggetti con un contenuto potenzialmente tossico (es. batterie non protette) e nel caso di bezoari
- Laparotomia/laparoscopia: se dolore addominale, vomito, ematemesi, melena, febbre, leucocitosi, peritonite, occlusione intestinale, così come se fermo per più giorni nello stesso punto: pensare a possibile penetrazione per decubito attraverso la parete intestinale



# Ingestione di caustici

Le stenosi esofagee

## LESIONI DA CAUSTICI

L'ingestione di caustici è un evento molto frequente e potenzialmente mortale. Nell'anno 2000 negli USA si sono registrati 206.636 casi di lesioni esofagee da caustici di cui 27 hanno portato al decesso.

I principali prodotti caustici sono rappresentati dagli acidi, dalle basi e dalle sostanze ossidanti.

### Acidi

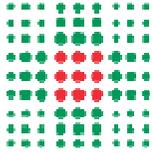
Cloridrico (solventi, disincrostanti)  
Solforico (acqua per batterie)  
Nitrico  
Ossalico  
Acetico

### Basi

Soda caustica (detergenti)  
Ammoniaca  
Potassa

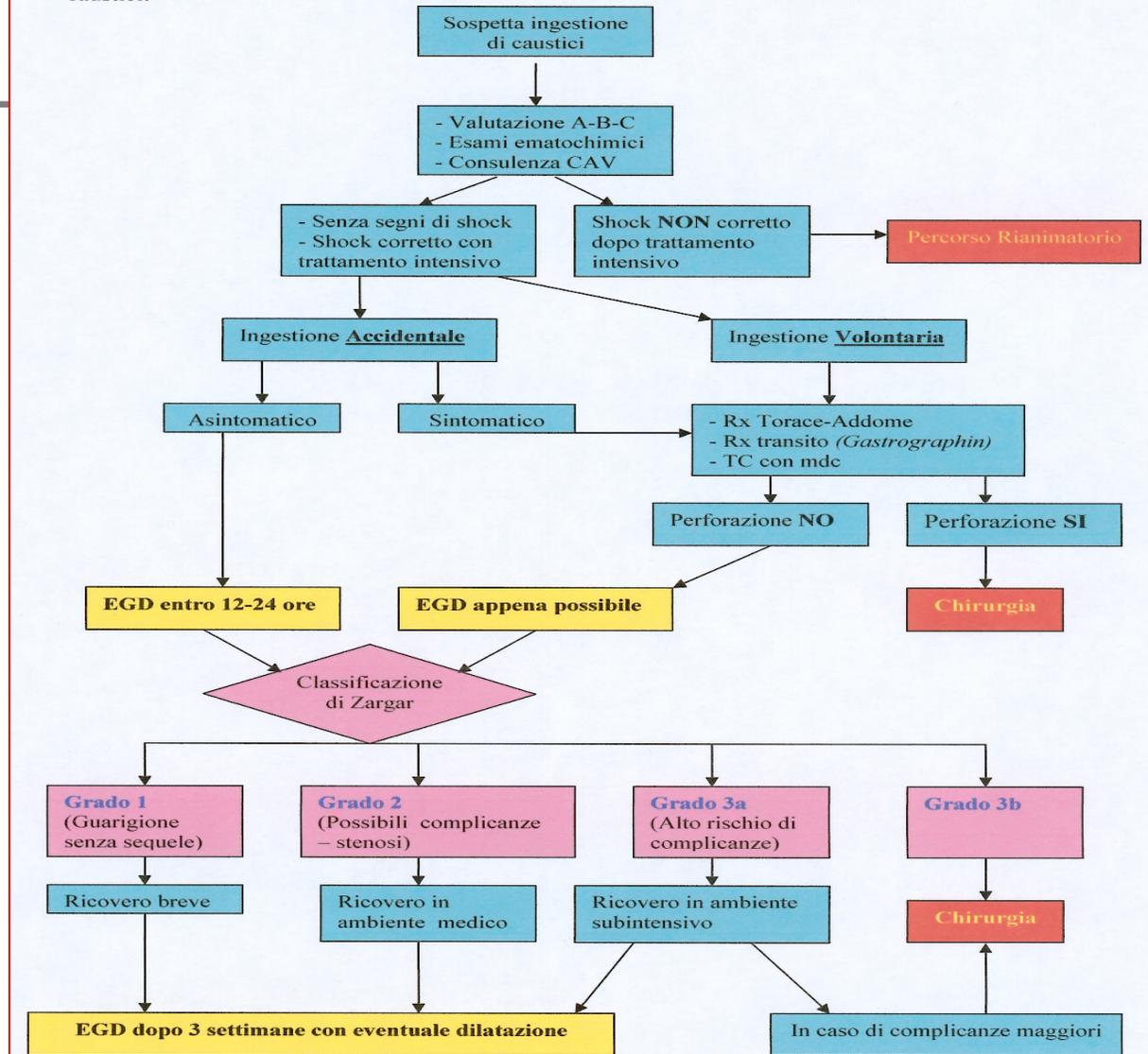
### Ossidanti

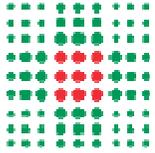
Candeggina concentrata  
H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>  
Tintura di iodio



# Ingestione di caustici

Quello che segue rappresenta l'algoritmo proposto per la gestione del paziente con ingestione di caustici:



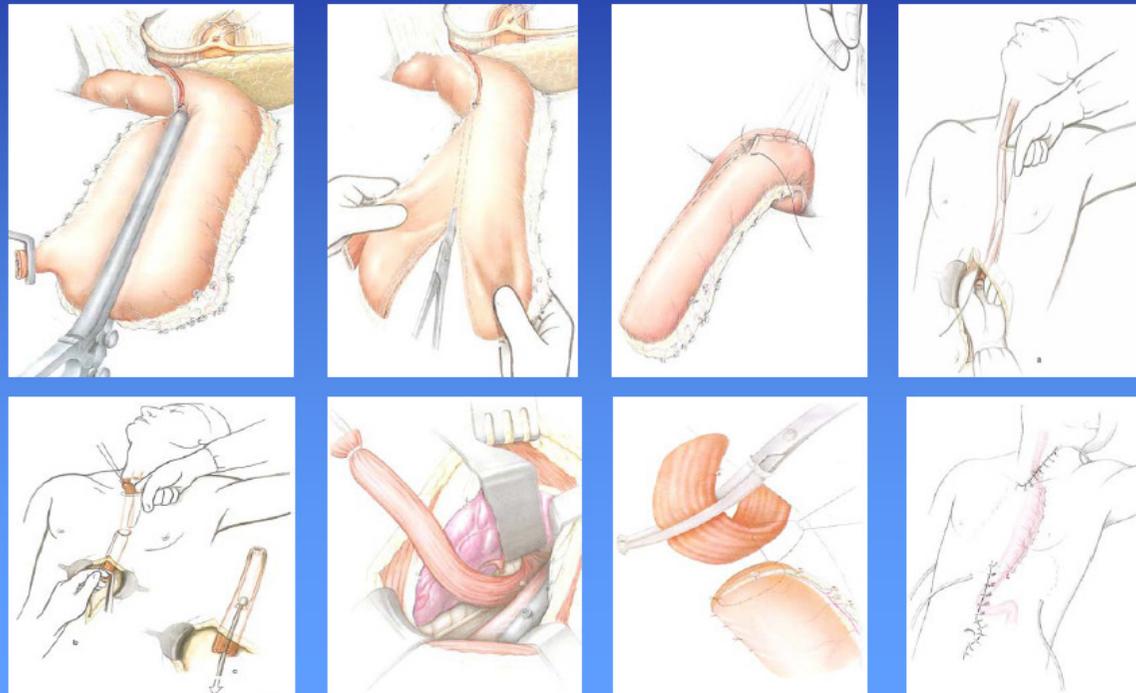


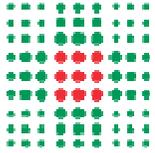
# Ingestione di caustici

Le stenosi esofagee

## TRATTAMENTO DELLA STENOSI ESOFAGEA NON NEOPLASTICA

Esofagectomia con tubularizzazione dello stomaco





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

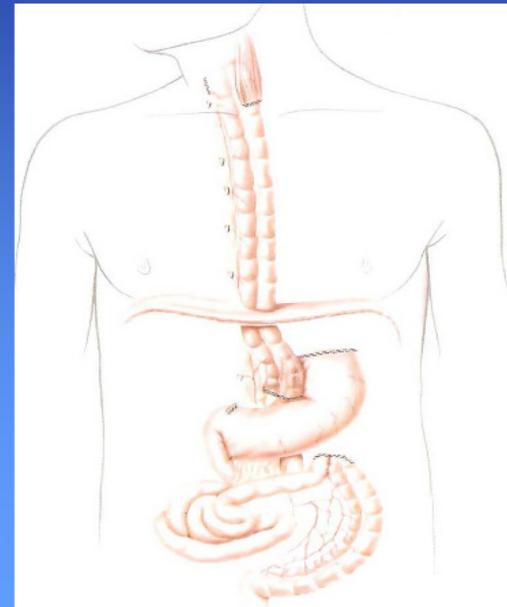
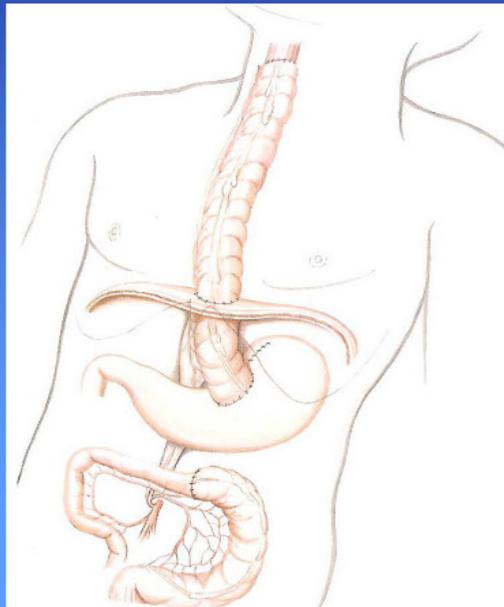


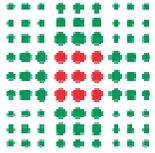
# Ingestione di caustici

Le stenosi esofagee

## TRATTAMENTO DELLA STENOSI ESOFAGEA NON NEOPLASTICA

Esofagectomia con interposizione del colon

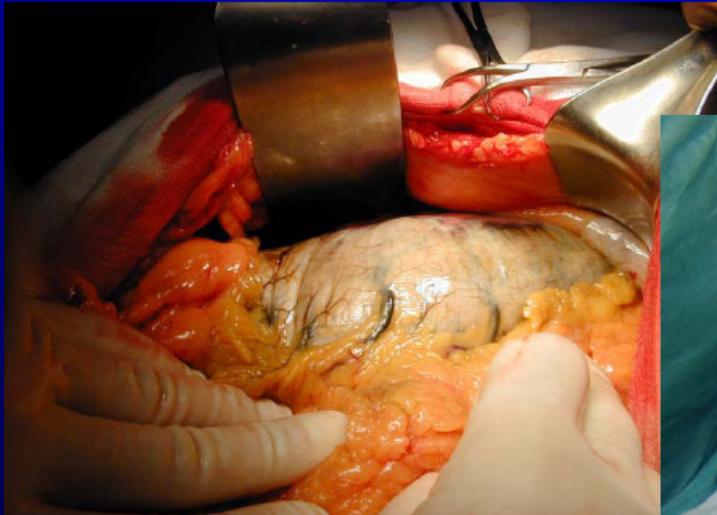




# Ingestione di caustici

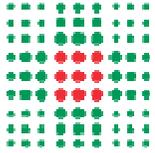
## LESIONI DA CAUSTICI: ALCALI E ACIDI FORTI

*Lesioni gastriche, enteriche e coliche per ingestione di acido a scopo suicida.*



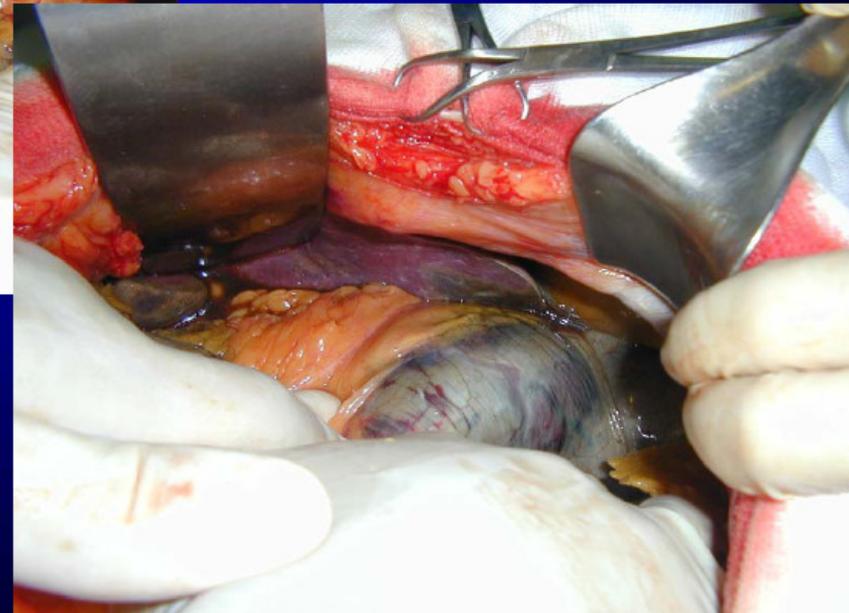
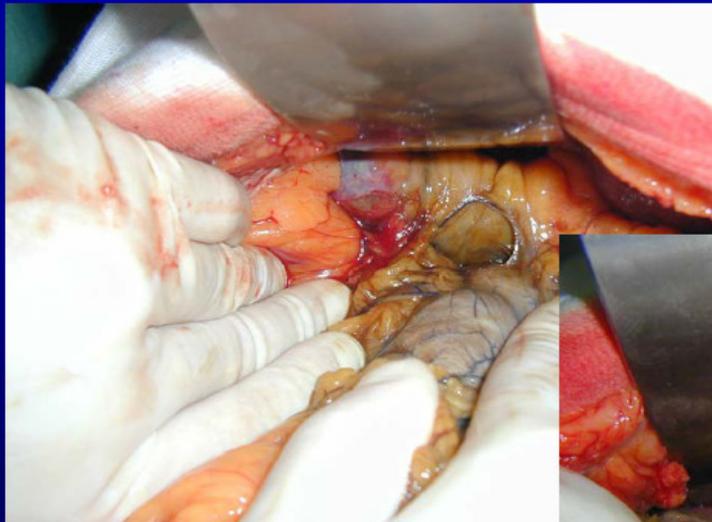
1



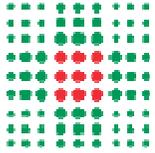


# Ingestione di caustici

*Lesioni gastriche, enteriche e coliche per ingestione di acido a scopo suicida.*



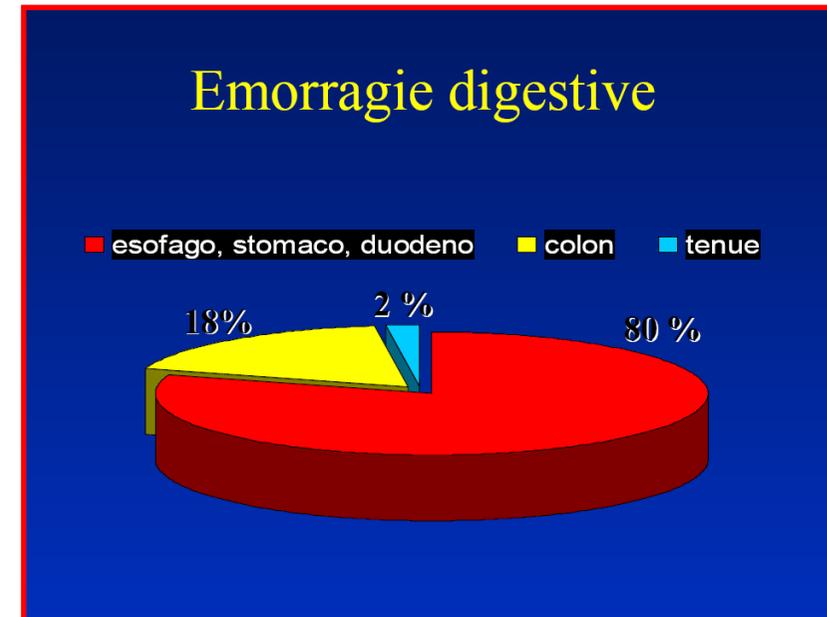
2

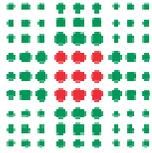


# Gastrointestinal Bleeding

## ■ Incidence

- Upper GI bleed 100/100,000  
Above the ligament of Treitz
- Lower GI Bleed 20/100,000  
Below the ligament of Treitz
- Both are more common in males and elderly.

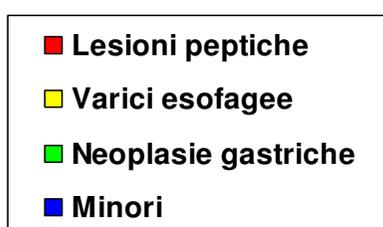
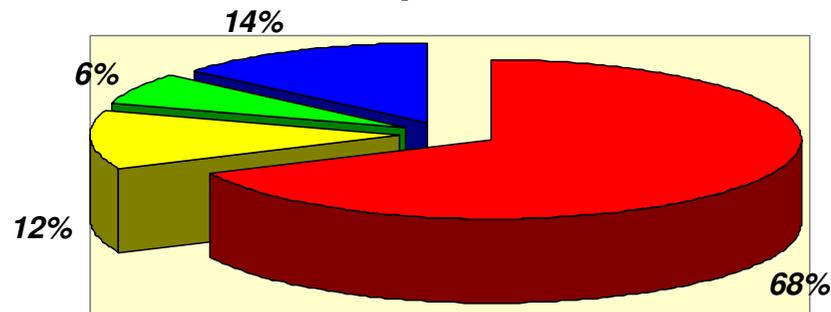




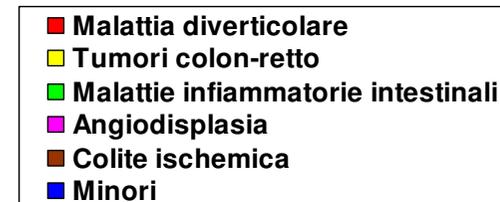
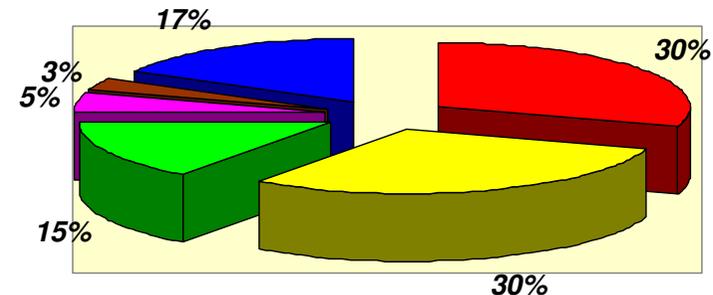
# Gastrointestinal Bleeding

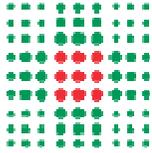
- *nel 80% dei casi il decorso dell'emorragia gastrointestinale è benigno con autolimitazione spontanea dell'episodio*
- *Nei restanti la EDU + radiologia interventiva risolvono il problema nel 80-95% dei casi*

**Emorragie digestive tratto superiore**



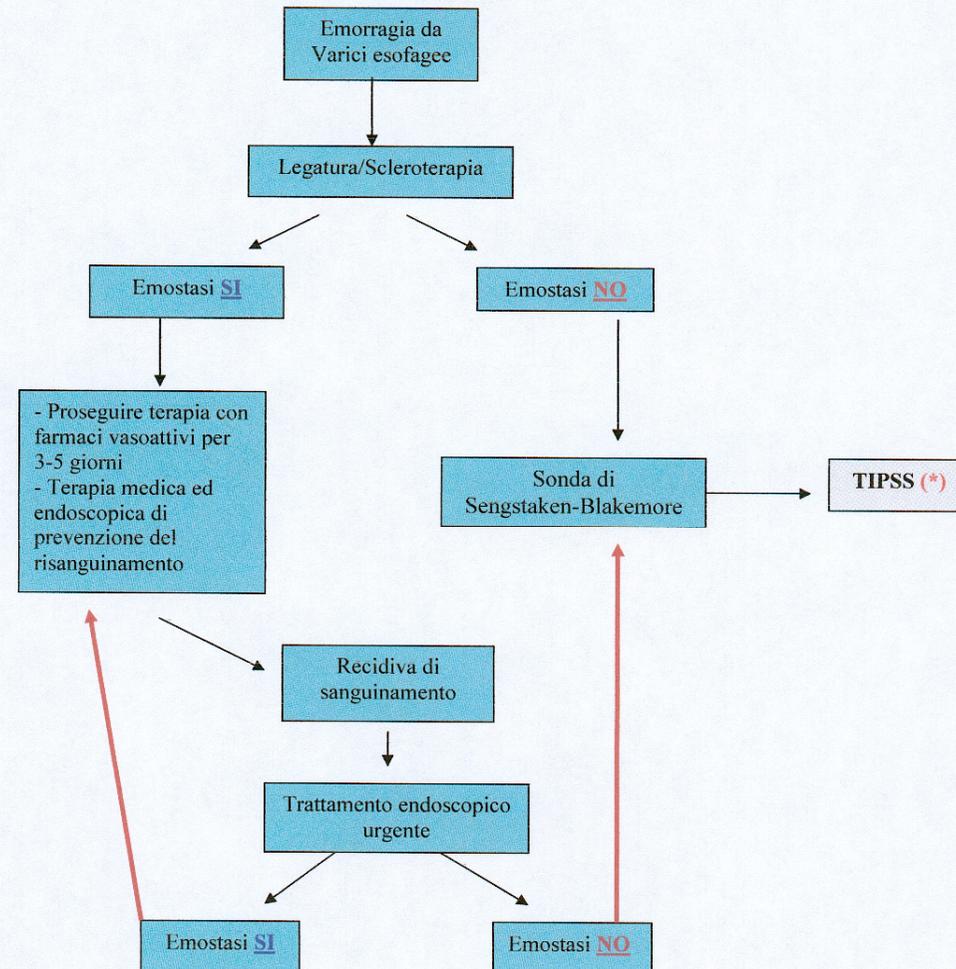
**Emorragie digestive tratto inferiore**



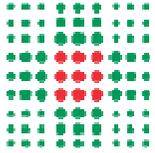


# Emorragia del tratto GI sup da varici esofagee

**Algoritmo 2.** Trattamento dell'emorragia da varici esofagee.



(\*) Al momento non è utilizzabile di routine: si stanno iniziando ora i primi trattamenti. La TIPSS potrà essere utilizzata in urgenza ma non in emergenza.

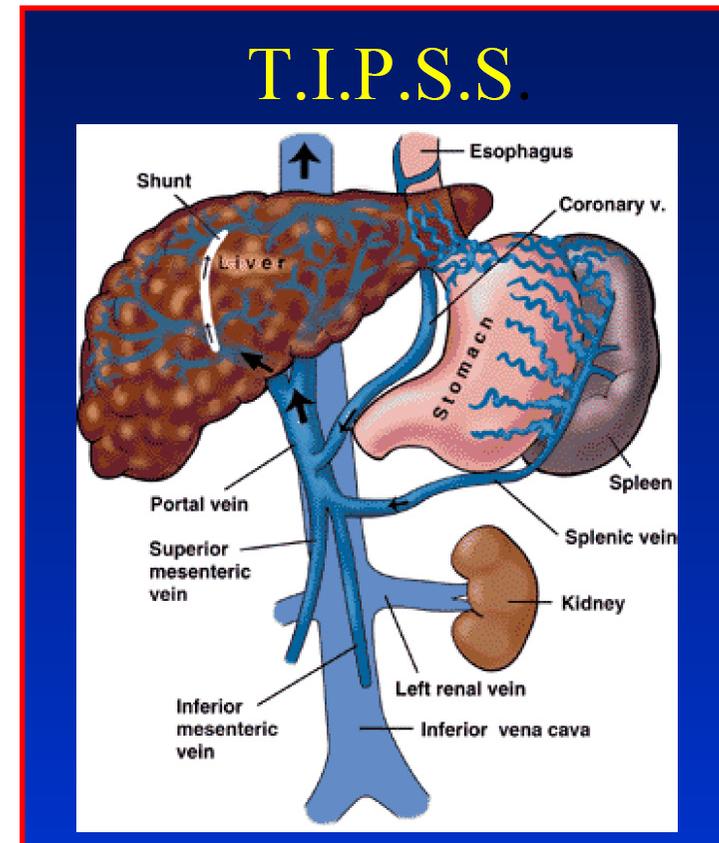
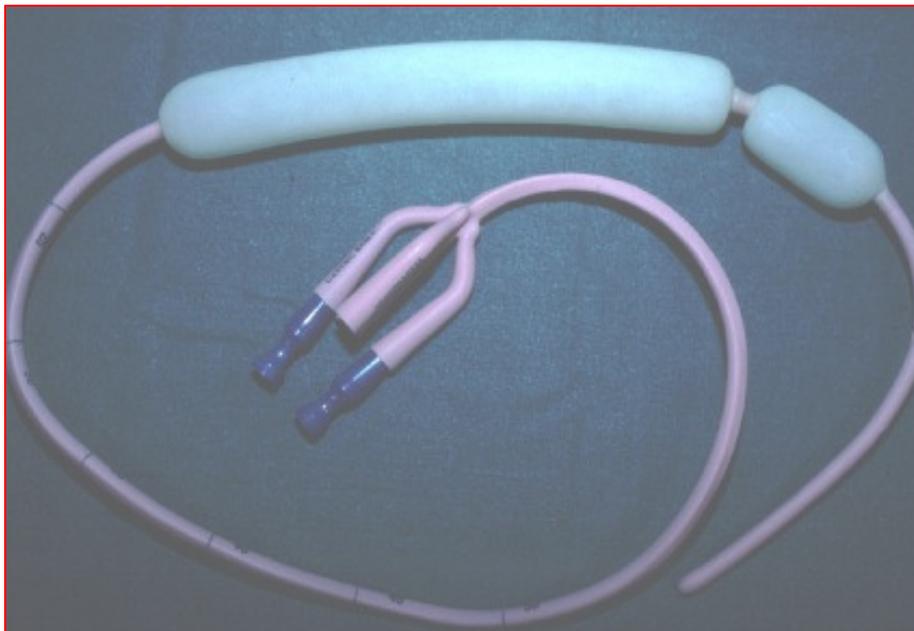


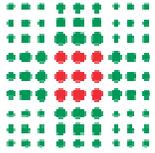
# Emorragia da varici esofagee

## ■ Trattamento endoscopico

Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS)

Sonda di Sengstaken-Blackmore





# Posizionamento di TIPS

Catetere nella  
v. epatica dx



Ago nel ramo dx  
v. porta

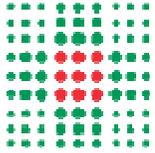


Catetere progredito.  
Il venogramma mostra le varici



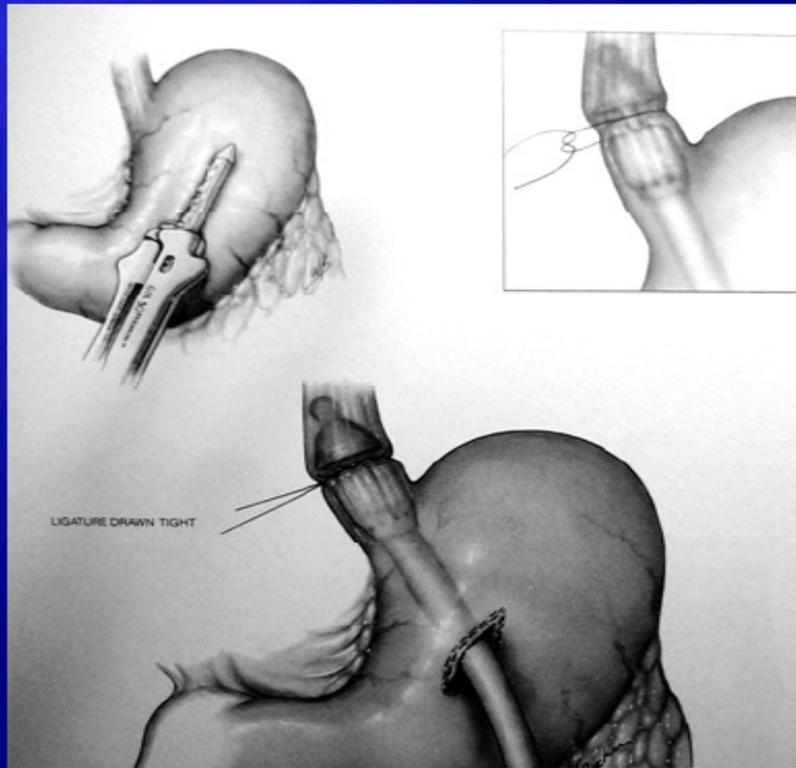
Lo stent è piazzato, il  
flusso si è invertito



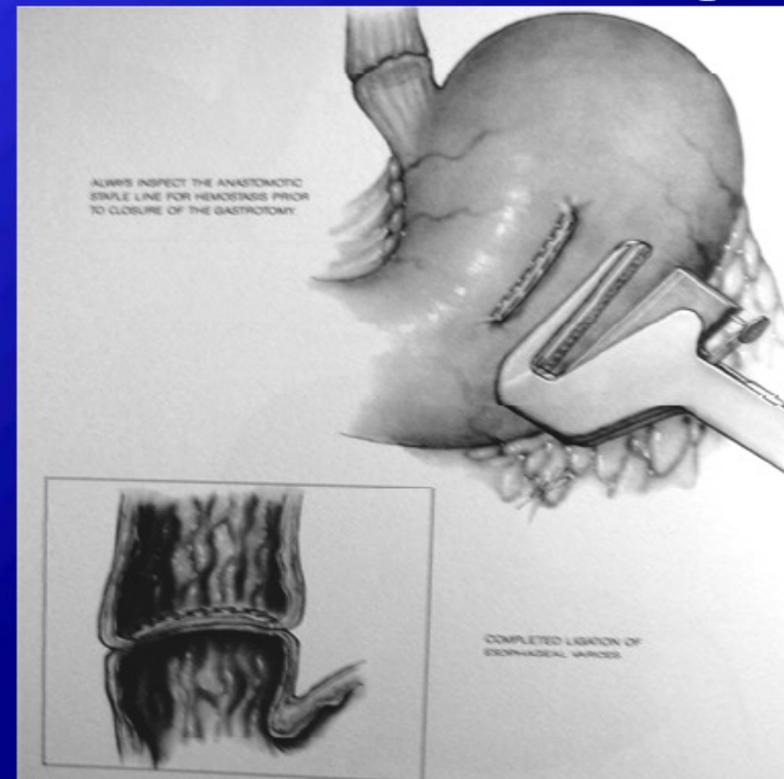


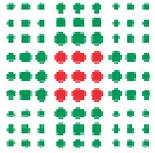
# Emorragia da varici esofagee

Deconnessione di varici esofagee 1



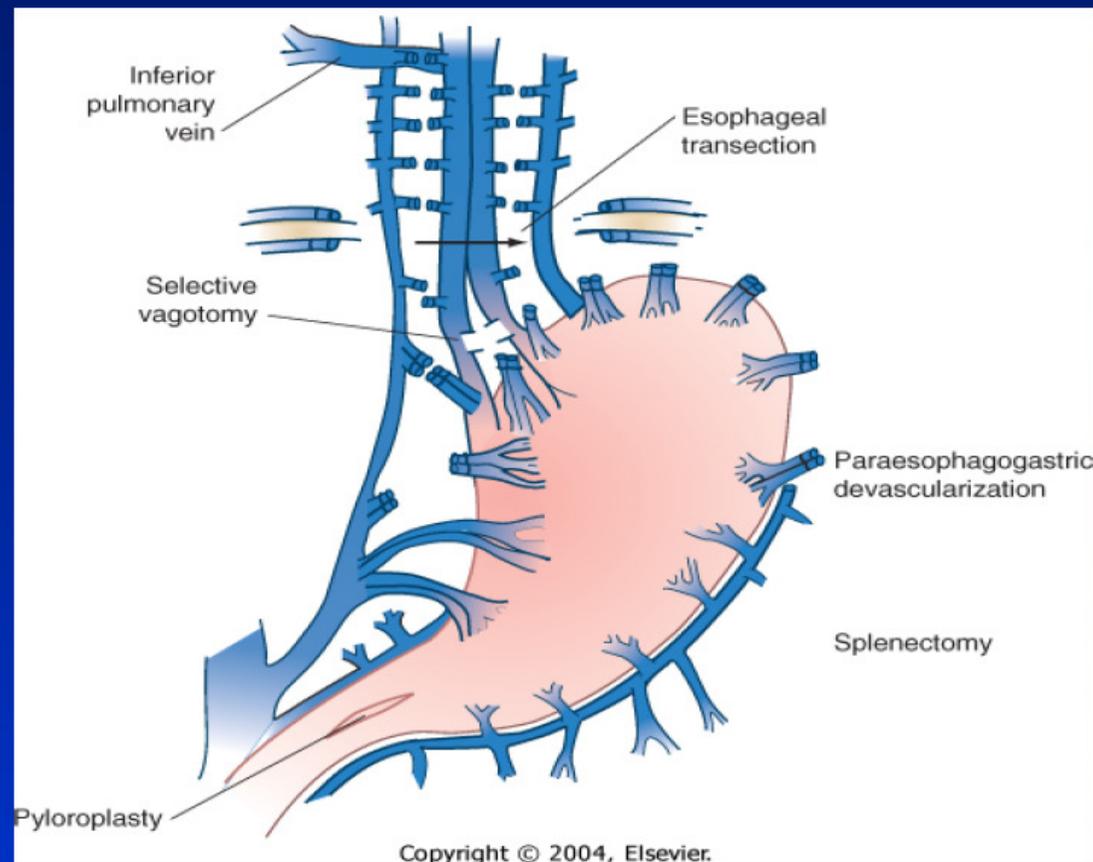
Deconnessione di varici esofagee 2

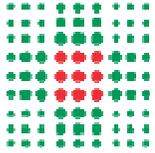




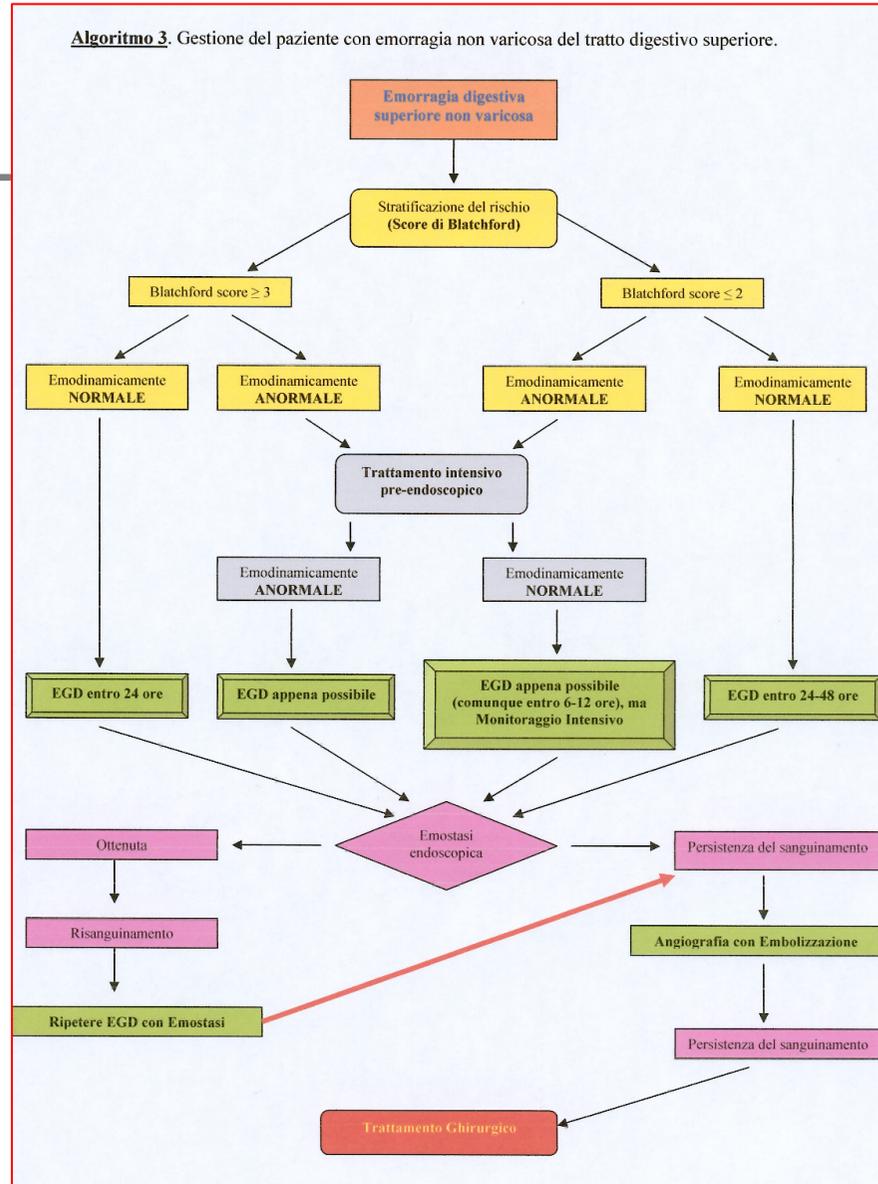
# Emorragia da varici esofagee

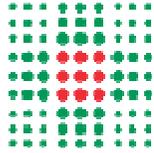
## Intervento sec. Sugiura





# Emorragia del tratto GI superiore non varicosa





# Emorragie Digestive Superiore

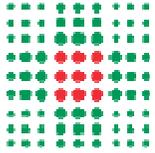
## TERAPIA CHIRURGICA INDICAZIONI

**FALLIMENTO** Terapie Mediche

Terapie Endoscopiche e/o Radiologiche non  
esaustive

**RECIDIVA** Emorragica dopo terapia  
endoscopica

**EMORRAGIE MASSIVE** non controllabili

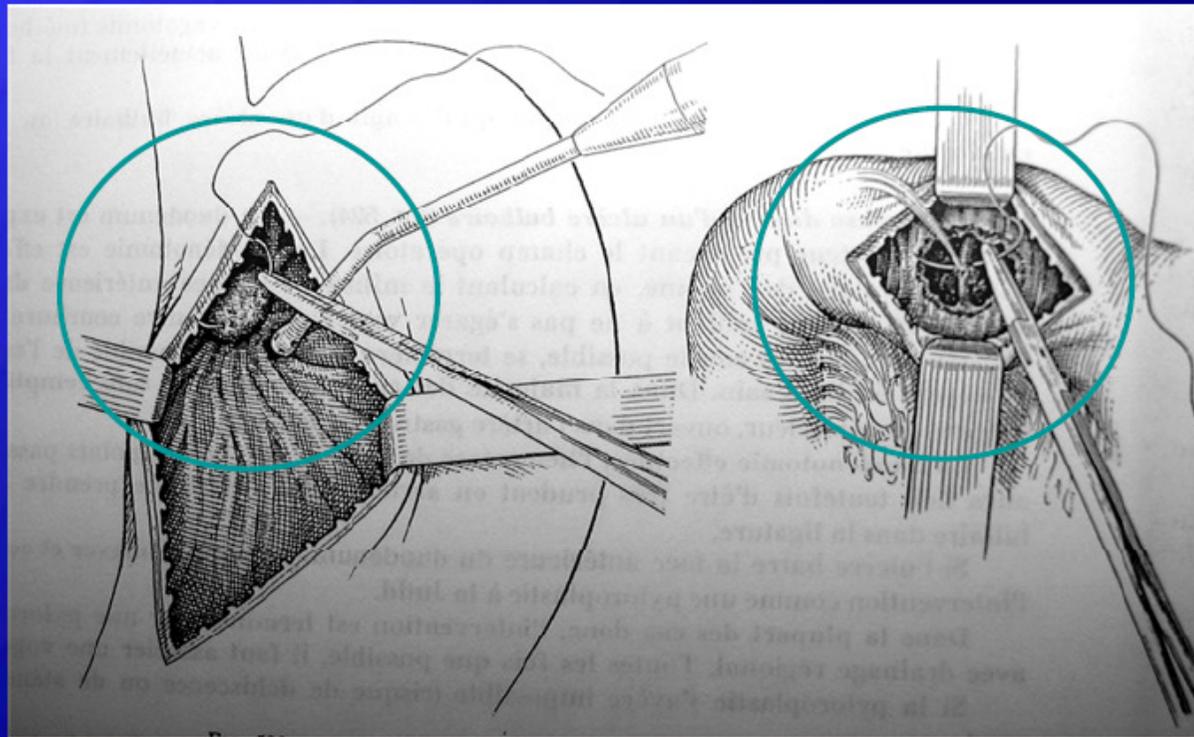


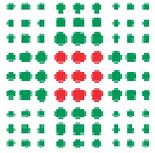
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



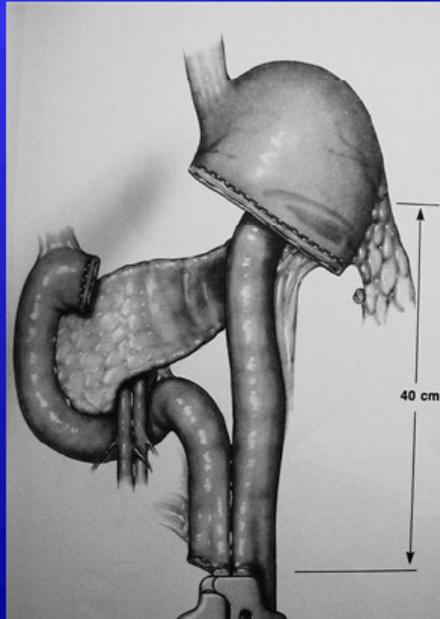
# Emorragie Digestive Superiore

## EMOSTASI PER SUTURA DIRETTA





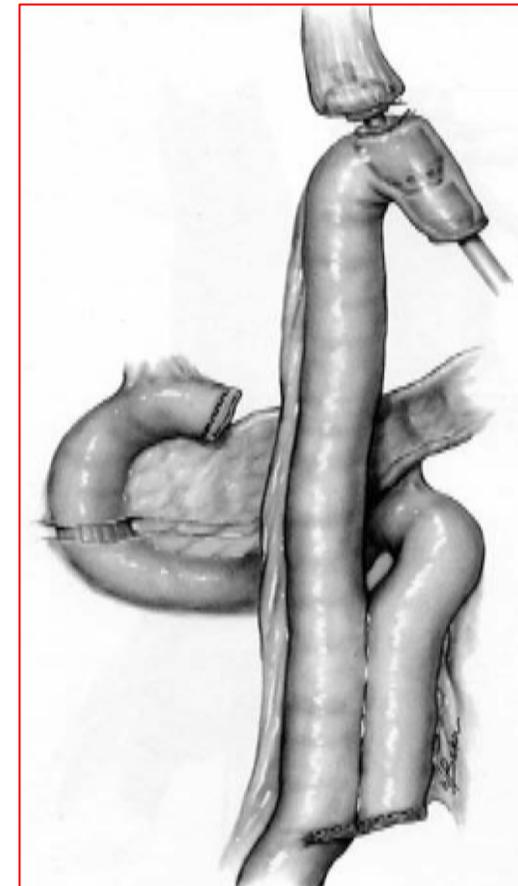
# Emorragie Digestive Superiore

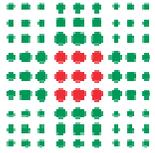


Schema di resezione gastrica  
sec. Billroth II modificata:

Gastrodigiuinostomia t.t.  
su ansa alla Roux

Indicazioni:  
Patologia peptica, in  
particolare gastrica





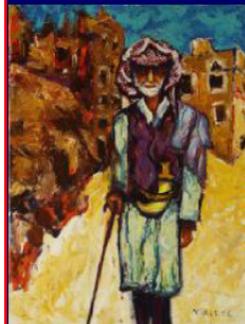
# Emorragie digestive inferiori

Raramente  
richiedono un  
esame  
endoscopico in  
emergenza

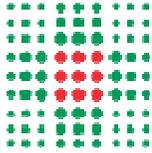
.....alcuni dati.....

Servizio di Endoscopia Digestiva  
AOSPFE

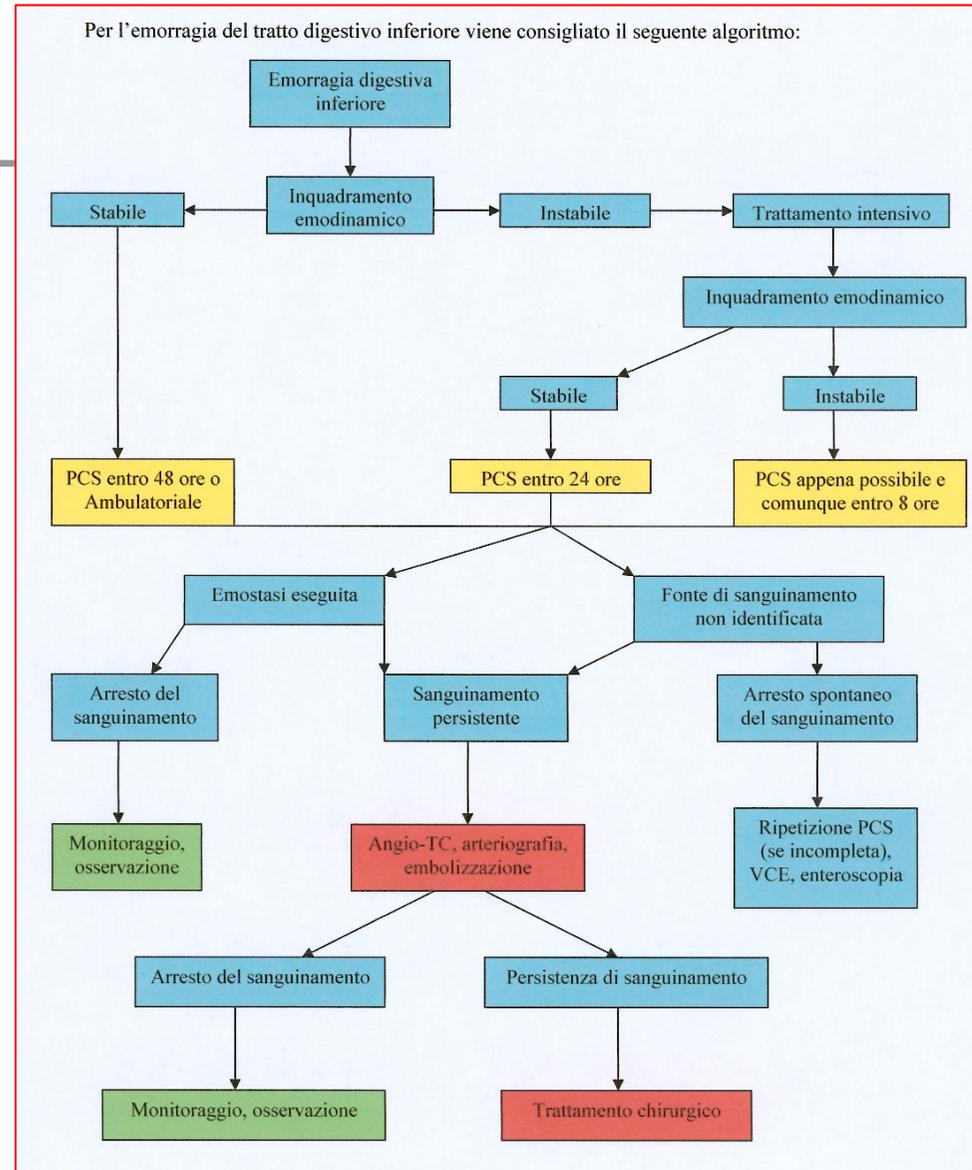
- **Colonscopie effettuate nel 2009** **3304**
- **Colonscopie in urgenza** **69 (2.1%)**

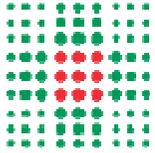


pazienti anziani, comorbidità  
scompensati  
quadri addominali severi



## Emorragie digestive inferiori

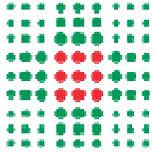




# Emorragie digestive inferiori

*L'identificazione della sede e della natura della fonte emorragica è spesso problematica*

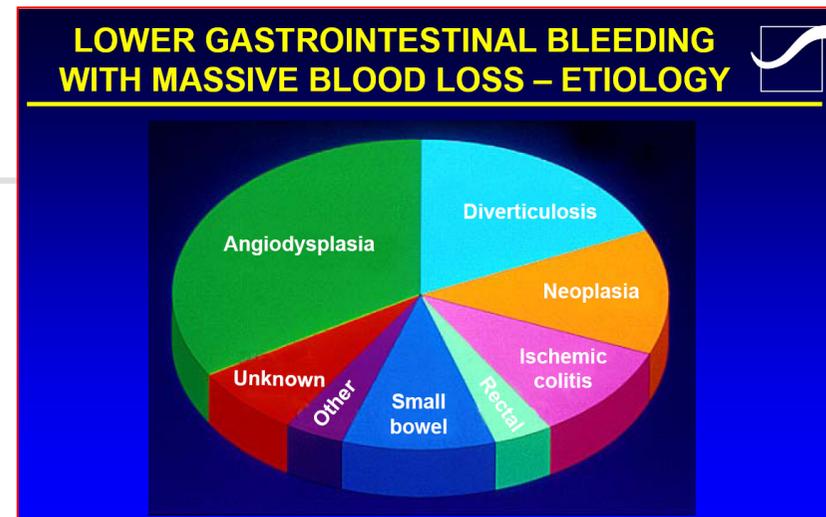
- ✓ L'em. digestiva bassa è per lo più a carattere intermittente .
- ✓ Più del 40% dei pazienti hanno multiple potenziali fonti emorragiche .
- ✓ In circa il 20 % dei casi non si riesce a localizzare una fonte precisa di sanguinamento



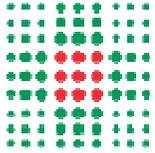
# Emorragie digestive inferiori

## LGI Bleeding *Etiology*

Source	Average %
Diverticulosis	30-40%
Ischemia	10-20%
Anorectal	10-15%
Neoplasia	5-10%
Angiodysplasia	1-5%
Post-polypectomy	3-10%
Colitis	5-25%
Small bowel	5-15%
Other	1-10%
Unknown	5-20%



- Meckel's diverticulum
- Aortoenteric fistula
- Rectal varices
- Solitary rectal ulcer
- Dieulafoy's



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

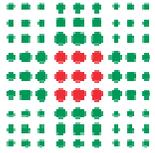


# Emorragie digestive inferiori

## EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI

### Terapia chirurgica

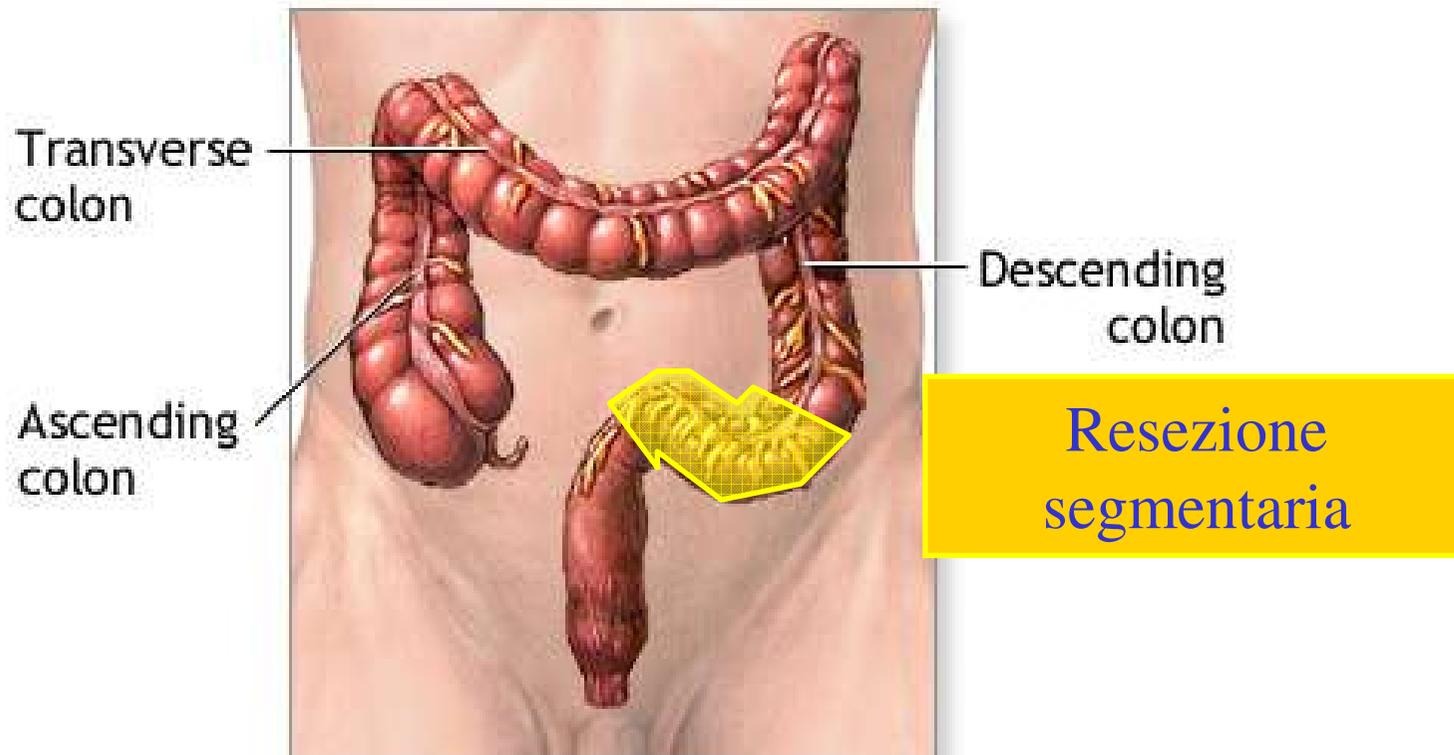
- resezione segmentaria : sede identificata
- colectomia totale : sede non identificata
- procto-colectomia : RCU grave



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

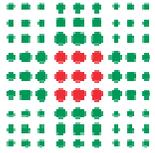


# EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI



adam.com

*Modulo Dipartimentale di Chirurgia d'Urgenza*

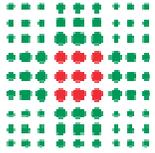


# EMORRAGIE DIGESTIVE INFERIORI



adam.com

*Modulo Dipartimentale di Chirurgia d'Urgenza*



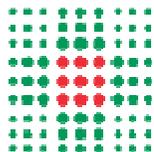
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Emorragie Digestive Inferiori

## LGIB: COLECTOMIA SUB-TOTALE





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# CHIRURGIA

**l'intervento chirurgico in urgenza nelle LGIB si rende necessario in una piccola percentuale <10%.**

## OPZIONI CHIRURGICHE

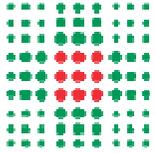
### RESEZIONI SEGMENTARIE (identificazione della sede)

- Mortalità <10%%
- Morbilità 20%
- Recidiva sanguinamento 7%

### COLECTOMIE SUB-TOTALI (sede non identificata)

- Mortalità 20%
- Morbilità 30%
- Recidiva sanguinamento 3%

**dipende dall'età del paziente, dalla presenza di patologie associate,  
n° di trasfusioni**



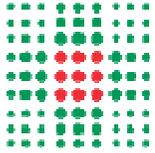
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Colonscopia in urgenza

## Large Bowel Obstruction

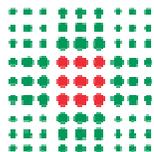




# Large Bowel Obstructions

## ➤ Most Common Causes In Western countries:

- Colonic cancer (90%)
- Volvulus (5%)
- Diverticular disease (3%)
- Other (rare)- stricture, hernia, foreign body, adhesions etc.



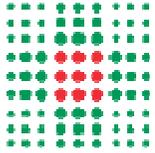
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# STENT COLO-RETTALI PER NEOPLASIE

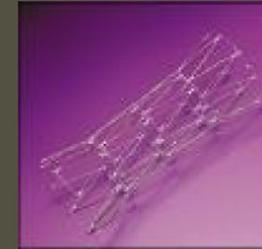
## INDICAZIONI

- Trattamento palliativo (in alternativa alla colostomia)
- Decompressione transitoria (Bridge to surgery)



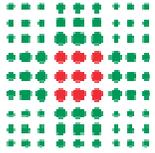
# Large Bowel Obstructions

## Management



### Stenting.

- 1991 Dohmoto- palliative. 1994 Tejero et al - prior to surgery.
- Used to relieve acute obstruction.
- Permits elective oral preparation, +/- colonoscopy
- Subsequent resection with primary anastomosis.
- Multiple non-randomised, non-controlled trials show it is safe and allows single stage surgery.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Self Expanding Metallic Stent

## SEMS – Bridge to Surgery

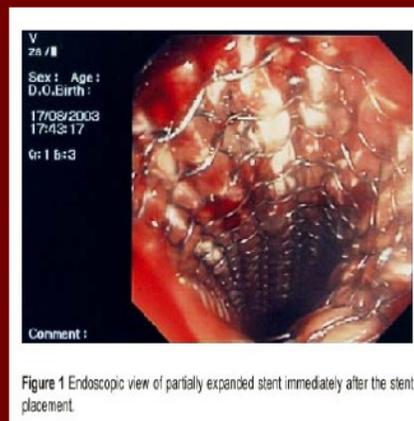
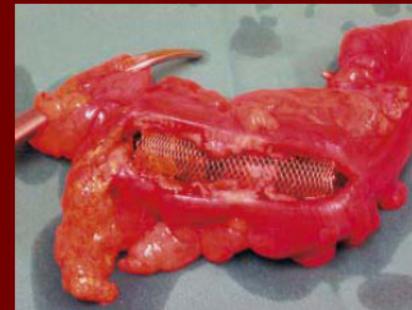
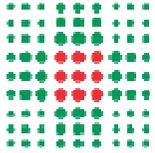


Figure 1 Endoscopic view of partially expanded stent immediately after the stent placement.





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



*Modulo Dipartimentale di Chirurgia d'Urgenza*