



S.I.E.D.
Società Italiana
Endoscopia Digestiva

SIED Commissione politica e affari generali

Coordinatore: Bastianello Germanà

*Direttore UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Ospedale San Martino Belluno ULSS 1 Dolomiti*

Linee di indirizzo per la costruzione di un percorso diagnostico terapeutico nelle urgenze-emergenze in endoscopia digestiva

*A cura di Bastianello Germanà e della Commissione Politica e Affari generali
Sottocommissione PDT, coordinatore Carmelo Luigiano
Responsabile UOSD Endoscopia Digestiva, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

Il percorso diagnostico terapeutico (PDT) rappresenta una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica.

I PDT, si devono basare sulla migliore evidenza scientifica disponibile, e definiscono chi, dove, come, quando va eseguita una determinata prestazione; rappresentano pertanto lo strumento per trasferire nella pratica clinica le raccomandazioni delle linee guida.

Le seguenti linee di indirizzo nascono con lo scopo di rappresentare uno strumento utile alla costruzione di un PDT nelle urgenze-emergenze in endoscopia digestiva, ma vanno adattate al singolo contesto lavorativo ed alle risorse disponibili, umane (personale medico e paramedico) organizzative e logistiche.

Pertanto, devono essere intese come il substrato per la costruzione del PDT utilizzabile in ogni singola realtà.

Un ringraziamento sentito a tutto il gruppo di lavoro che ha lavorato con passione e competenza al fine di realizzare questo progetto ben guidato dal coordinatore.

COLANGITE ACUTA

Data di pubblicazione 16/07/2019

Rev. 0 del 16/07/2019

Redatto a cura di

Carmelo LUIGIANO¹, Giuseppe IABICHINO¹, Alba PANARESE²

¹. UOSD Endoscopia Digestiva ASTT Santi Paolo e Carlo, Milano

². UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva IRCCS specializzato in Gastroenterologia
"De bellis" Castellana Grotte

SOMMARIO

SCOPO

APPLICABILITÀ

PERSONALE COINVOLTO

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

DESCRIZIONE

Introduzione

Fase operativa

- *Fase diagnostica*

- *Fase terapeutica*

FLOW CHART GESTIONE COLANGITE ACUTA

● SCOPO

Tale documento ha la finalità di:

- ottimizzare l'outcome clinico nel setting della colangite acuta
- organizzare ed integrare l'attività delle diverse figure professionali coinvolte

● APPLICABILITÀ

Le indicazioni di questo documento sono indirizzate alla gestione integrata del paziente con colangite acuta sia esso un nuovo accesso al DEA/Pronto Soccorso, sia esso un paziente già ricoverato presso le strutture ospedaliere.

● PERSONALE COINVOLTO

- Il clinico o il chirurgo di guardia presso qualsiasi reparto nel caso il paziente sia già degente presso la struttura ospedaliera o il clinico o il chirurgo di guardia presso il DEA/Pronto Soccorso (nel caso si tratti di un nuovo accesso) avrà il compito di avviare il percorso diagnostico-terapeutico.
- L'anestesista avrà il compito di valutare il paziente sia per quanto riguarda lo stato generale emodinamico (soprattutto nei pazienti in stato settico/presettico) sia per quanto riguarda la valutazione generale del rischio del paziente da sottoporre ad eventuale procedura endoscopica in anestesia.
- Il Radiologo sarà coinvolto sia nella fase diagnostica che nella fase terapeutica del percorso del paziente.
- L'Endoscopista dopo l'inquadramento laboratoristico e radiologico e dopo la valutazione anestesiológica generale concorderà con le altre figure professionali il timing dell'eventuale procedura endoscopica
- Il Chirurgo sarà coinvolto nel processo diagnostico-terapeutico e soprattutto nella gestione del paziente dopo la risoluzione dell'evento acuto per la risoluzione della patologia di base

● DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol.* 2016 Jul;65(1):146-181
2. KIRIYAMA S ET AL. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018 Jan;25(1):17-30.
3. MIURA F ET AL. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flow-chart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018 Jan;25(1):31-40.
4. WILLIAMS E ET AL. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut.* 2017 May;66(5):765-782.

● DESCRIZIONE

Introduzione

La colangite è una condizione clinica causata da infezione secondaria ad un'ostruzione della via biliare. Il quadro clinico della colangite acuta varia da forme lievi a forme gravi con associato stato settico e per tale motivo la mortalità rimane alta con tassi che possono raggiungere il 10%. Le cause di colangite sono diverse, tuttavia nei paesi occidentali la causa principale è la coledocolitiasi. La colangite può anche essere secondaria ad un'ostruzione neoplastica della via biliare (colangiocarcinoma, ampulloma o tumori pancreatici), a manipolazione delle vie biliari in corso di colangio-pacreatografia retrograda endoscopica (ERCP) o secondaria a stenosi benigne o ad agenti infettivi. Il trattamento della colangite

deve essere necessariamente multidisciplinare e prevede la stabilizzazione emodinamica del paziente, la somministrazione di antibiotici e il drenaggio della via biliare.

Fase operativa

La fase operativa prevede una fase diagnostica basata su esami bioumorali e radiologici in modo da confermare la diagnosi e stadiare la gravità del quadro clinico e quindi indirizzare la fase terapeutica con il relativo timing.

FASE DIAGNOSTICA

Valutazione clinica: dolore addominale, febbre e storia di patologia biliare (calcolosi biliare, precedenti procedure biliari, pregresso posizionamento stent biliare)

Esami bioumorali: emocromo, bilirubina totale e frazionata. AST, ALT, fosfatasi alcalina, gamma-GT, lipasi, amilasi, PCR, PT, PTT, INR, elettroforesi, albumina, colinesterasi, azotemia, creatinina

Esami radiologici: ecografia e TC addome con e senza m.d.c.

L'ecografia addominale rappresenta l'indagine di prima scelta considerando la minima invasività, l'ampia disponibilità ed il rapporto costo-efficacia. La specificità dell'esame ecografico è elevata tuttavia la sua sensibilità è bassa soprattutto per evidenziare la causa predisponente.

La TC addominale con e senza m.d.c. in aggiunta all'esame ecografico può identificare la dilatazione della via biliare e contribuisce ad una miglior diagnosi della causa della stenosi biliare (colangiocarcinoma, tumore pancreatico o una colangite sclerosante) ed inoltre è utile nella diagnosi di complicanze locali (ascessi epatici, trombosi portale)

La colangio-RMN e l'ecoendoscopia rappresentano delle indagini di II scelta, poiché pur dotate di elevata sensibilità e specificità non sono sempre disponibili soprattutto nella fase di urgenza/emergenza.

CRITERI DIAGNOSTICI

a) INFIAMMAZIONE SISTEMICA

- febbre (TC > 38°) e/o brividi
- dati laboratorio
 - GB < 4000 o > 10000 x1000/μl
 - PCR > 1 mg/dl

b) COLESTASI

- ittero (bilirubina totale > 2mg/dl)
- dati laboratorio
 - fosfatasi alcalina > 1,5 v.n.
 - gamma-gt > 1,5 v.n.
 - ast, alt > 1,5 v.n.

c) IMAGING (ecografia / TC addome)

- dilatazione biliare
- evidenza causa predisponente

DIAGNOSI SOSPETTA: UN CRITERIO A + UN CRITERIO B o C

DIAGNOSI CERTA: UN CRITERIO A + UN CRITERIO B + UN CRITERIO C

CLASSIFICAZIONE

GRADO III (severa)

colangite associata all'insorgenza di disfunzione di almeno uno di seguenti organi

- Insufficienza cardiovascolare
- Disturbi della coscienza
- Insufficienza respiratoria ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio < 300)
- Insufficienza renale (oliguria, creatinina sierica > 2 mg/dl)
- Insufficienza epatica (INR > 1,5)
- Disfunzione ematologica (piastrine < 100000/mm³)

GRADO II (moderata)

colangite associata ad almeno due delle seguenti condizioni

- GB < 4000 o >10000 x1000/ μl
- TC > 39°C
- GB < 4000 o >10000 x1000/ μl
- Età > 75 anni
- bilirubina totale > 5 mg/dl
- albumina < 0,7 limite valore inferiore norma

GRADO I (lieve) colangite acuta che non soddisfa i criteri di moderata-severa

FASE TERAPEUTICA

La fase terapeutica è indirizzata e regolata dalla gravità del quadro clinico e l'indicazione ed il timing dell'ERCP dipende proprio da questo.

Nella maggior parte dei casi di colangite di grado lieve il trattamento iniziale con antibiotici è sufficiente e la maggior parte dei pazienti non richiede il drenaggio biliare. Tuttavia, il drenaggio biliare deve essere considerato se il paziente non risponde al trattamento iniziale antibiotico.

La colangite di grado moderato è una colangite non grave ma che richiede oltre alla terapia di supporto ed antibiotica comunque un drenaggio biliare precoce da effettuare entro le 24-48 ore.

La colangite di grado severo è caratterizzata dalla presenza di disfunzione d'organo indotta dalla sepsi e pertanto in questi casi è necessario ed indispensabile l'assistenza anestesologica con supporto cardiorespiratorio, terapia antibiotica e il drenaggio biliare prima possibile appena le condizioni cliniche lo permettono.

Nei casi in cui non si riesca a drenare la via biliare con l'ERCP la procedura di II scelta è il drenaggio radiologico transcutaneo ed eventualmente la chirurgia.

● COLANGITE ACUTA

DIAGNOSI

Valutazione clinica, esami bioumorali e radiologia

CRITERI DIAGNOSTICI

A. INFIAMMAZIONE SISTEMICA

- febbre (TC > 38°) e/o brividi
- dati laboratorio
 - GB < 4000 o >10000 x1000/μl
 - PCR > 1 mg/dl

B. COLESTASI

- ittero (bilirubina totale > 2mg/dl)
- dati laboratorio
 - fosfatasi alcalina >1,5 v.n.
 - gamma-gt >1,5 v.n.
 - ast, alt > 1,5 v.n.

C. IMAGING (ecografia / TC addome)

- dilatazione biliare
- evidenza causa predisponente

DIAGNOSI SOSPETTA:

UN CRITERIO A + UN CRITERIO B o C

DIAGNOSI CERTA:

UN CRITERIO A + UN CRITERIO B + UN CRITERIO C

CLASSIFICAZIONE

GRADO III (severa) colangite associata all'insorgenza di disfunzione

di almeno uno di seguenti organi

- Insufficienza cardiovascolare
- Disturbi della coscienza
- Insufficienza respiratoria (PaO₂/FiO₂ ratio < 300)
- Insufficienza renale (oliguria, creatinina sierica > 2 mg/dl)
- Insufficienza epatica (INR > 1,5)
- Disfunzione ematologica (piastrine < 100000/mm³)

GRADO II (moderata) colangite associata ad almeno due delle seguenti condizioni

- GB < 4000 o >10000 x1000/μl
- TC > 39°C
- Età > 75 anni
- bilirubina totale > 5 mg/dl
- albumina < 0,7 limite valore inferiore norma

GRADO I (lieve) colangite acuta che non soddisfa i criteri di moderata-severa

Non miglioramento

GRADO I
(LIEVE)

ANTIBIOTICOTERAPIA
+ TERAPIA SUPPORTO INFUSIONALE

ERCP
CON DRENAGGIO BILIARE

GRADO II
(MODERATA)

ANTIBIOTICOTERAPIA
+ TERAPIA SUPPORTO
+ ERCP CON DRENAGGIO BILIARE PRECOCE ENTRO 24-48 ORE

GRADO III
(SEVERA)

ANTIBIOTICOTERAPIA
+ TERAPIA SUPPORTO CARDIO-RESPIRATORIO
+ ERCP CON DRENAGGIO BILIARE ENTRO 12 ORE
IN CASO DI SHOCK SETTICO

ERCP senza successo o regione papillare non raggiungibile

DRENAGGIO BILIARE TRANSEPTICO PERCUTANEO
CHIRURGIA



CHIRURGIA BILIO-DIGESTIVA