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
Sottocommisione 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.

EMORRAGIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE

Data di pubblicazione 17/09/2019

Rev. 0 del 17/09/2019

Redatto a cura di
Luigi SCHIFFINO
UOS di Endoscopia Digestiva Ospedale GB Grassi di Ostia ASL 3, Roma

SOMMARIO

SCOPO

APPLICABILITÀ

PERSONALE COINVOLTO

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

DESCRIZIONE
Introduzione
Eziologia
Valutazione del paziente e stratificazione del rischio
Approccio Terapeutico

FLOW CHART EMORRAGIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE

SCOPO

La finalità di questo documento è quello di istituire un percorso diagnostico terapeutico nel paziente con emorragia del tratto gastrointestinale inferiore che accede al DEA/Pronto Soccorso o che sia già ricoverato presso qualsiasi reparto di una Struttura Ospedaliera per integrare ed uniformare l'attività clinica delle molteplici figure professionali che partecipano alla gestione di tale patologia.

APPLICABILITÀ

Le indicazioni di questo documento sono indirizzate alla gestione integrata del paziente con emorragia del tratto gastrointestinale inferiore 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 medico di guardia presso il DEA/Pronto Soccorso (nel caso si tratti di un nuovo accesso) hanno il compito di avviare il percorso diagnostico terapeutico.
L'anestesista ha il compito di valutare il paziente sia per quanto riguarda lo stato generale emodinamico sia per quanto riguarda la valutazione generale del rischio clinico in caso sia necessario sottoporre il paziente ad eventuale procedura endoscopica, radiologica o chirurgica in anestesia.
Il Radiologo è coinvolto sia nella fase diagnostica che nella fase terapeutica del percorso del paziente.
L'Endoscopista, dopo l'inquadramento laboratoristico e dopo valutazione anestesiologica generale, concorderà con le altre figure professionali il timing dell'eventuale procedura endoscopica.
Il Chirurgo è coinvolto nel processo diagnostico-terapeutico sia nella fase acuta e soprattutto nella gestione del paziente dopo la risoluzione dell'evento acuto per l'eventuale trattamento della patologia di base se individuata

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. Almadi MA, Barkun AN. Patient Presentation, Risk Stratification, and Initial Management in Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. Gastrointest Endoscopy Clin N Am 2018; 28: 363–3778
2. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. Am J Gastroenterol. 2016; 111: 459-74
3. Oakland K, Chadwick G, East JE, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. Gut. 2019 Feb 12, in press.
4. Casadei A, Samperi L, Ricci E. Emorragia gastrointestinale inferior. Giorn Ital End Dig 2016; 39: 13-21.

DESCRIZIONE

Introduzione

In questo documento vengono considerate emorragie digestive inferiori quelle emorragie la cui fonte di sanguinamento è localizzata a valle della valvola ileo-cecale. Le emorragie digestive inferiori rappresentano circa il 20-30% di tutte le emorragie gastrointestinali e circa l'80-85% tende

ad arrestarsi spontaneamente, tuttavia i tassi di ospedalizzazione, la morbilità e la mortalità tendono ad aumentare nei pazienti anziani ed in quelli con comorbidità ed in trattamento con FANS, antiaggreganti ed anticoagulanti.

Eziologia

Le principali cause delle EG comprendono:

- diverticolosi (32-67%)
- angiodisplasie (6-17%)
- ischemia intestinale (6-12%)
- emorroidi (2-11%)
- neoplasie e polipi (3-13%)
- sanguinamento post resezione endoscopica (1-8%)
- ulcera solitaria del retto (1-7%)
- cause rare (malattie infiammatorie intestinali, proctiti attiniche, varici del retto e Dieulafoy).

Valutazione del paziente e stratificazione del rischio

L'approccio iniziale del paziente con segni clinici di emorragia digestiva inferiore comprende la valutazione dello stato emodinamico e la valutazione generale dell'evento emorragico.

Valutazione stato emodinamico

Il paziente con emorragia digestiva inferiore deve essere gestito in un dipartimento di urgenza-emergenza in grado di assicurare il monitoraggio continuo dei parametri vitali. La valutazione della stabilità emodinamica è di fondamentale importanza in quando indirizza sia la fase diagnostica che terapeutica. Un parametro semplice per valutare lo stato emodinamico è lo shock index (frequenza cardiaca/ pressione sistolica). Qualsiasi intervento diagnostico/terapeutico deve essere preceduto da una stabilizzazione emodinamica del paziente con l'impiego di liquidi ed eventuali emotrasfusioni volte a mantenere i valori di Hb al di sopra di 7-8 g/dl (valori di 9 g/dl sono e consigliabili in caso di emorragie massive, importanti comorbidità quali vasculopatie cerebrali e cardiache ed in caso di latenza nella effettuazione delle manovre emostatiche).

Stratificazione del rischio

Il paziente stabile viene inoltre classificato in base al rischio correlato all'evento emorragico. Uno score (Oakland score - vedi **tabella 1**) è stato recentemente designato e validato specificatamente per le emorragie digestive inferiori e permette di discriminare nei pazienti stabili i sanguinamenti maggiori,che richiedono il ricovero ospedaliero con esame endoscopico urgente, dai sanguinamenti minori che possono essere gestiti ambulatorialmente.

Approccio Terapeutico

PAZIENTE INSTABILE (shock index ≥ 1)

Il paziente che presenta instabilità emodinamica deve essere gestito da un team multidisciplinare che comprenda il radiologo interventista, il chirurgo e l'endoscopista.

L'angio-TC rappresenta l'indagine di scelta in presenza di un sanguinamento massivo con difficoltà di ripristino dell'equilibrio emodinamico ed effettuazione di una adeguata preparazione intestinale. In caso di esame positivo l'embolizzazione superselettiva successiva è effettuabile in oltre l'80% dei pazienti, con percentuali di successo superiori all'85%. In caso di mancato controllo del sanguinamento con la procedura radiologica è indicato un consulto chirurgico. In caso di arresto del sanguinamento dopo la procedura radiologica è comunque indicata una colonsco-

pia da effettuare in elezione. Nel paziente in cui l'angio-TC non abbia rilevato invece la causa di sanguinamento è indicato effettuare una EGDS.

PAZIENTE STABILE (shock index ≤1)

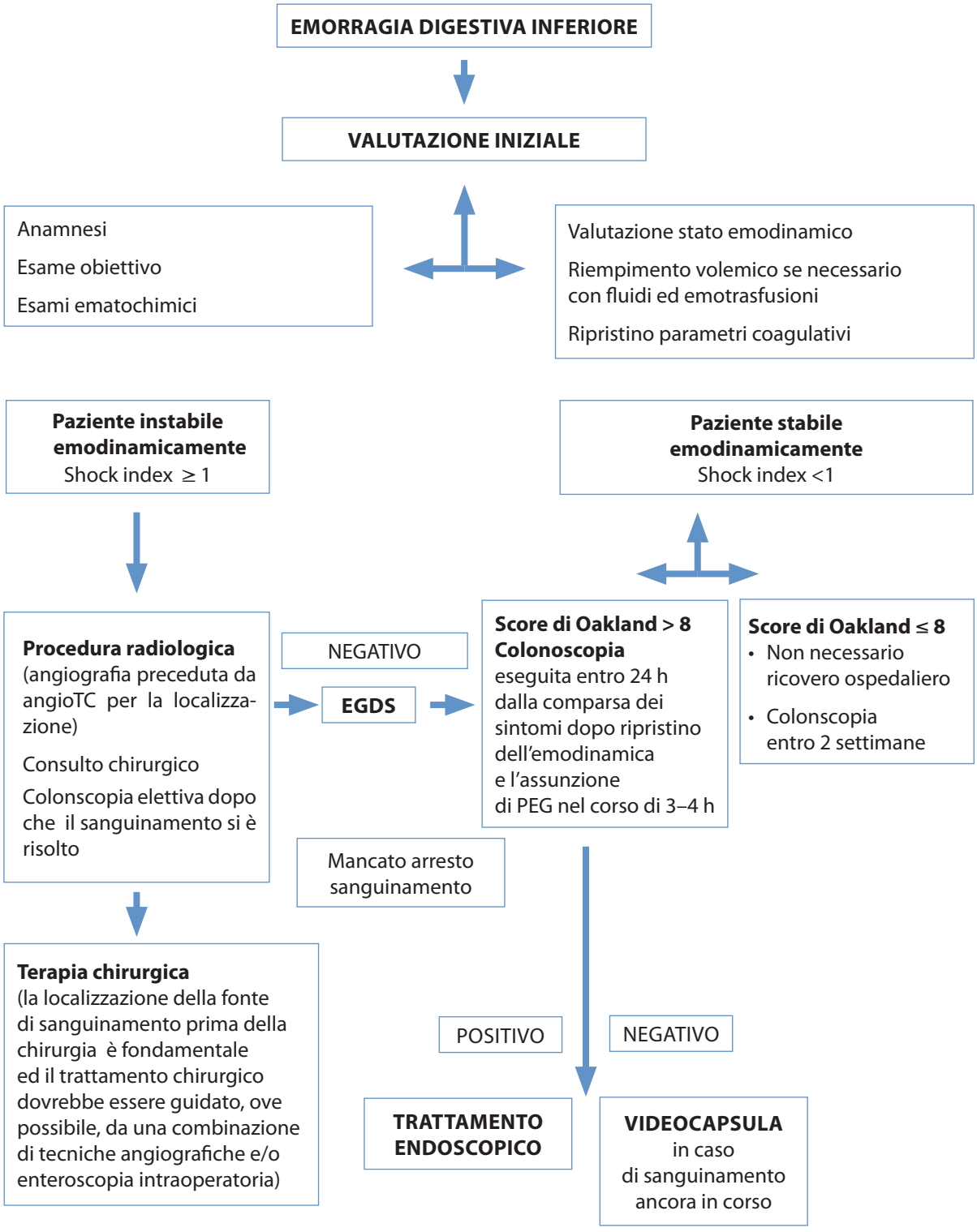
Nel paziente emodinamicamente stabile è indicato utilizzare lo score di Oakland. I pazienti con uno score <= 8 non necessitano di ricovero ospedaliero ma devono essere sottoposti ad esame colonscopico a breve distanza (< 2 settimane) invece i pazienti con uno score > 8 vanno ospedalizzati e sottoposti ad esame colonscopico in urgenza (<24 ore) dopo avere effettuato una preparazione intestinale (assunzione di PEG nel corso di 3–4 h fino a quando il flusso fecale è chiaro e senza sangue, eventualmente con l'ausilio di sondino naso-gastrico).

I pazienti con emorragia digestiva inferiore in terapia antiaggregante o anticoagulante hanno un tasso di mortalità aumentato. Il trattamento endoscopico può essere eseguito in pazienti con INR di 1.5-2.5 prima o in concomitanza della somministrazione di farmaci antagonisti o plasma fresco che dovrebbero, invece, essere somministrati prima dell'esame endoscopico in pazienti con INR>2.5. È utile ricorrere a trasfusioni di piastrine per mantenere la conta piastrinica di 50.000/dl.

In pazienti in trattamento con farmaci anticoagulanti è utile ricorrere ad un approccio multidisciplinare (ematologo, cardiologo, neurologo, gastroenterologo) nella decisione di sospendere il trattamento o ricorrere a farmaci antagonisti per bilanciare il rischio di sanguinamento attivo con quello di eventi trombo-embolici.

Nei pazienti in cui non è stata rilevata la causa dell'emorragia dopo indagine radiologica ed esami endoscopici (Colonscopia ed EGDS) è indicato l'esecuzione di una video capsula.

EMORRAGIA DIGESTIVA INFERIORE



SCORE DI OAKLAND (Tabella 1)

PREDITTORI	punteggio
Età	
<40	0
40-69	1
>70	2
Sesso	
Femminile	0
maschile	1
Pregresso ricovero per sanguinamento inferiore	
No	0
Si	1
Esplorazione rettale	
No sangue	0
Sangue	1
Frequenza cardiaca	
<70	0
70-89	1
90-109	2
>110	3
Pressione sistolica	
<90	5
90-119	4
120-129	3
130-159	2
>160	0
Emoglobina (g/L)	
<70	22
70-89	17
90-109	13
110-129	8
130-159	4
>160	0

Score di Oakland