



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.

EMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI NON VARICOSE

Data di pubblicazione 03/09/2019

Rev. 0 del 03/09/2019

Redatto a cura di

Antonino BERTINO¹, Rosamaria BOZZI²

¹. UOSD Gastroenterologia-PO Milazzo-Azienda Sanitaria Provinciale, Messina

². Centro di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva ASL Benevento

SOMMARIO

SCOPO

APPLICABILITÀ

PERSONALE COINVOLTO

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

DESCRIZIONE

Introduzione

Fase operativa

FLOW CHART EMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI NON VARICOSE

● SCOPO

La finalità di questo documento è quello di istituire un percorso che tenda a migliorare le varie fasi operative in modo da definire gli obiettivi, i ruoli, i tempi di intervento ed i compiti dei vari operatori sanitari.

Esso pertanto mira a migliorare il processo assistenziale, identificare le situazioni a rischio ed individuare possibili aree di miglioramento attraverso la creazione di una organizzazione dedicata che si articoli nell'ambito di una Rete.

● APPLICABILITÀ

Le indicazioni di questo documento sono indirizzate alla gestione integrata del paziente con Emorragia Digestiva Superiore non Varicosa sia esso un nuovo accesso DEA/Pronto Soccorso sia esso un paziente già ricoverato presso la struttura ospedaliera.

● PERSONALE COINVOLTO

- Il medico di medicina generale o il medico del 118 che devono indirizzare il paziente al più vicino ospedale con un centro di endoscopia (Spoke/Hub)
- 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 sia per quanto riguarda la valutazione generale del rischio del paziente da sottoporre ad eventuale procedura endoscopica in anestesia.
- L'Endoscopista dopo l'inquadramento laboratoristico e dopo la valutazione anestesiológica generale concorderà con le altre figure professionali il timing dell'eventuale procedura endoscopica
- Il radiologo avrà anch'esso un ruolo attivo soprattutto nella fase terapeutica di II livello
- Il personale coinvolto deve fare parte di un team multidisciplinare "TEAM BLEEDING".

● DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. GRALNEK IM, DUMONCEAU JM, KUIPERS EJ ET AL. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015 Oct;47(10):a1-46.
2. HWANG JH ET AL. Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2012 Jun;75(6):1132-8
3. BARKUN AN, BARDOU M, KUIPERS EJ, SUNG J, HUNT RH, MARTEL M, SINCLAIR P; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010 Jan 19;152(2):101-13.

● DESCRIZIONE

Introduzione

L'emorragia acuta del tratto gastrointestinale superiore è una condizione diffusa in tutto il mondo con un'incidenza annuale stimata di 40-150 casi per 100 000 abitanti. Essa porta frequentemente a ricovero ospedaliero ed è associata, soprattutto negli anziani, ad un'elevata morbilità e mortalità. Le cause più comuni di emorragia digestiva superiore non varicosa includono: ulcere peptiche, 28% - 59% (ulcera duodenale 17%-37% e ulcera gastrica 11%-24%); malattia erosiva della mucosa di esofago/stomaco/duodeno, 1%-47; la sindrome di Mallory-Weiss, 4%-7%; tumori maligni del tratto GI superiore, 2%-4%; altre diagnosi, 2%-7%; o nessuna precisa causa identificata, 7%-25%. Nel 16%-20% dei casi di EDS non varicose, più di una diagnosi endoscopica può essere identificata come causa di sanguinamento.

Fase operativa

Il paziente con segni di sanguinamento digestivo superiore che afferisce al Pronto Soccorso o che sia ricoverato in un Reparto di degenza necessita inizialmente soprattutto di una valutazione generale del suo stato emodinamico e del rischio emorragico per poter guidare successivamente la fase terapeutica. Le varie fasi operative in questo setting clinico sono le seguenti:

- Valutazione iniziale del paziente e reintegrazione emodinamica
- Stratificazione del rischio
- Gestione pre-endoscopica
- Terapia farmacologica
- Terapia endoscopica
- Gestione dopo endoscopia/emostasi endoscopica

Valutazione iniziale del paziente e reintegrazione emodinamica

La valutazione immediata dello stato emodinamico dei pazienti che presentano emorragie del tratto gastrointestinale superiore è di fondamentale importanza nella gestione iniziale del paziente. La reintegrazione emodinamica mira alla correzione dell'ipovolemia intravascolare, a ripristinare un'adeguata perfusione tissutale ed a prevenire un'insufficienza multiorgano. Una precoce stabilizzazione emodinamica intensiva porta infatti ad una significativa riduzione della mortalità. L'utilizzo di trasfusioni di globuli rossi può essere un salvavita dopo un'emorragia digestiva superiore. La strategia trasfusionale di globuli rossi deve essere di tipo restrittivo con valori di target emoglobinico da raggiungere compresi tra 7-9 g/dL (valori di emoglobina più elevati dovrebbero essere considerati nei pazienti che presentano comorbidità importanti come malattie cardiovascolari ischemiche).

Stratificazione del rischio

Dopo la valutazione iniziale è importante adottare uno strumento di stratificazione del rischio per distinguere i pazienti in gruppi ad alto e basso rischio. La stratificazione del rischio aiuta a prendere decisioni cliniche come il timing dell'endoscopia e la dimissione dall'ospedale. Lo score raccomandato dalla linee guida europee è il Glasgow-Blatchford Score (GBS) che sostanzialmente valuta la necessità di intervento endoscopico. I pazienti classificati come a rischio molto basso (GBS 0 o 1) non richiedono una EGDS urgente né ricovero ospedaliero. I pazienti dimessi devono essere informati sul rischio di risanguinamento e consigliati di mantenere il contatto con l'ospedale che li ha dimessi.

Blatchford Score (GBS)

MARKER DI RISCHIO	Punteggio
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg) 100-109 90-99 <90	1 2 3
Azotemia mg/dl ≥ 18 E < 22 ≥ 22 < 28 ≥ 28 E < 70 ≥ 70	2 3 4 6
Emoglobina (g / L) per gli uomini ≥12.0 <13.0 ≥10.0 <12 <10	1 3 6
Emoglobina (g / L) per le donne ≥10.0 <12.0 <10.0	1 6
Altri markers FC ≥ 100 (per minuto) Presentazione con melena Presentazione con sincope Epatopatia Scopenso cardiaco	1 1 2 2 2

Gestione pre-endoscopica

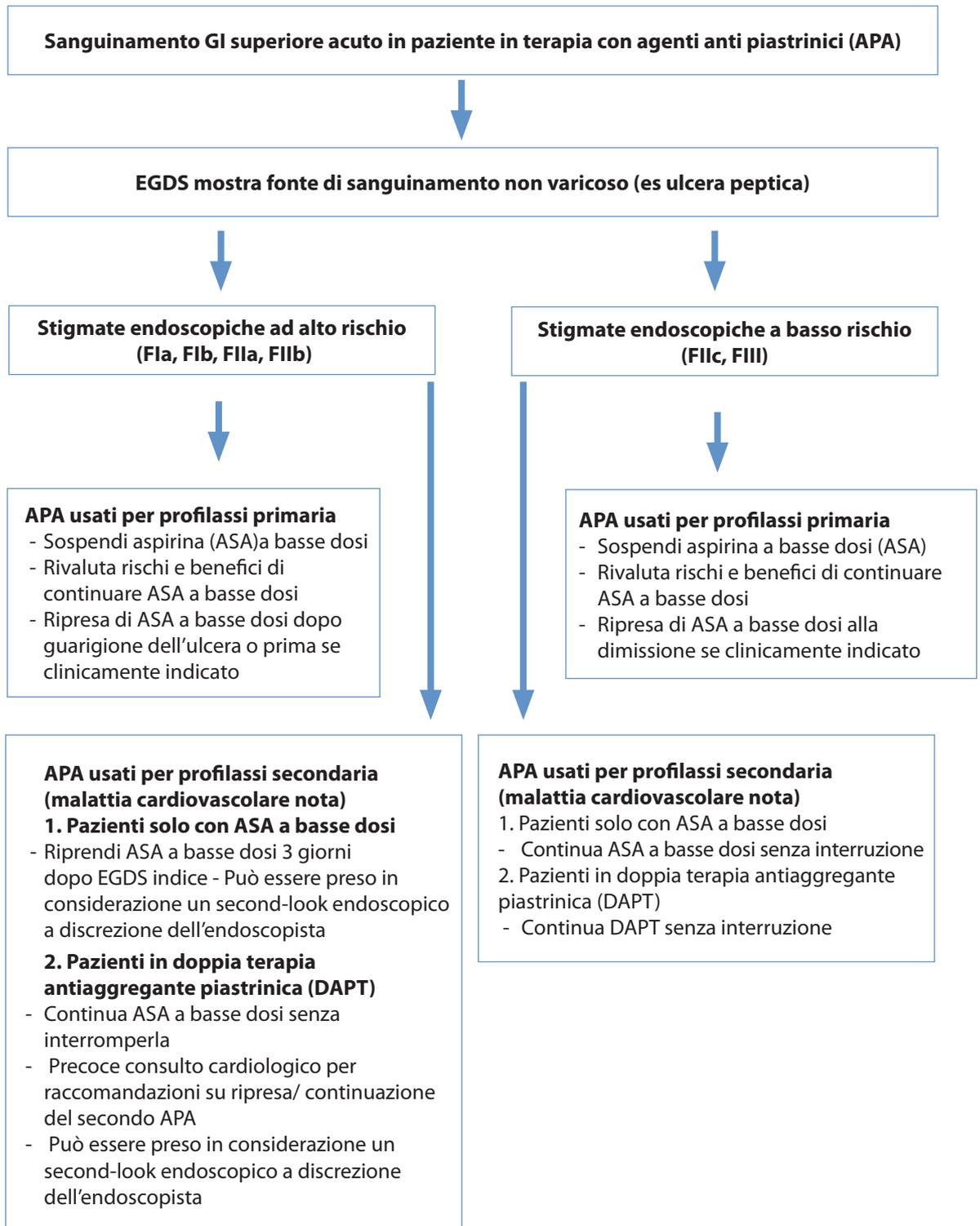
Il sanguinamento gastrointestinale rappresenta una grave complicanza della terapia con antagonisti della vitamina K ed inoltre anche i nuovi anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K presentano un rischio significativo di sanguinamento gastrointestinale simile o anche maggiore.

Per i pazienti in trattamento con gli antagonisti della vitamina K è raccomandata la sospensione e la correzione dello stato coagulativo (considerando il rischio cardiovascolare del paziente in accordo con il cardiologo). Nei pazienti con instabilità emodinamica è raccomandata la somministrazione di vitamina K, di complesso protrombinico concentrato per via endovenosa o di plasma fresco congelato (FFP) se il PCC non è disponibile. Le linee guida raccomandano una correzione urgente in tutti i pazienti che presentano un sanguinamento grave e associato a rischio per la vita (es., instabilità emodinamica o shock), sia nel caso di aumento dell'INR in range terapeutico che sovra terapeutico.

Le linee guida raccomandano la sospensione temporanea dei nuovi anticoagulanti orali diretti nei pazienti con sospetto emorragia digestiva superiore acuto in accordo con il consulto dell'ematologo/ cardiologo locale.

La gestione degli agenti antiplastrinici (aspirina a basse dosi, tienopiridine, ticagrelor, vorapaxar) dipende sostanzialmente dalle caratteristiche della fonte del sanguinamento e dall'indicazione (profilassi primaria o secondaria) di questi farmaci. La gestione consigliata dalle ultime linee guida europee è sintetizzata nella **figura 1**.

● **Figura 1**



Terapia farmacologica

Nei pazienti con emorragia delle prime vie digestive in attesa di endoscopia è indicato iniziare con una elevata dose di inibitore di pompa protonica (PPI) in bolo e.v. seguita da infusione e.v. in continuo (80mg e di seguito 8mg/ora) senza ritardare l'esecuzione precoce dell'endoscopia.

L'eritromicina endovenosa (singola dose, 250 mg somministrati 30-120 minuti prima dell'endoscopia gastrointestinale superiore) nei pazienti con sanguinamento clinicamente severo prima dell'endoscopia migliora in modo significativo la visualizzazione endoscopica, riduce la necessità di una seconda endoscopia e diminuisce il numero di unità di sangue da trasfondere con riduzione anche della durata della degenza ospedaliera.

Terapia endoscopica

Una volta ripristinato e stabilizzato il circolo emodinamico è indicato eseguire una EGDS precoce (\leq 24 ore). Un'EGDS molto precoce (<12 ore) potrebbe essere considerata in pazienti con segni clinici di alto rischio, principalmente suggestivi di instabilità emodinamica (tachicardia, ipotensione) persistenti nonostante i tentativi di ripristino della volemia; in presenza di sangue dal sondino naso-gastrico o in presenza di controindicazione all'interruzione del trattamento anticoagulante.

Le linee guida raccomandano di utilizzare la classificazione di Forrest in tutti i pazienti con emorragia da ulcera peptica al fine di differenziare le stigmati endoscopiche a basso e ad alto rischio e quindi di indirizzare ed uniformare sia la terapia endoscopica sia il successivo iter di questi pazienti. Le ulcere peptiche con sanguinamento a getto o a nappo (classificazione di Forrest Ia e Ib, rispettivamente) o con un vaso visibile non sanguinante (classificazione di Forrest IIa) devono essere trattate con emostasi endoscopica in quanto queste lesioni presentano un alto rischio di persistenza di sanguinamento o di risanguinamento. In caso di ulcere peptiche con un coagulo adeso (classificazione di Forrest IIb) va presa in considerazione la rimozione endoscopica del coagulo. Una volta rimosso il coagulo, un sottostante sanguinamento attivo (classificazione FIa e Ib) o un vaso visibile non sanguinante (classificazione di Forrest IIa) dovrebbe essere trattato con emostasi endoscopica. Nei pazienti con ulcera peptica con chiazza pigmentata sul fondo (classificazione Forrest IIc) o con fondo deterso (classificazione Forrest III) non è indicata l'emostasi endoscopica in quanto queste stigmati presentano un basso rischio di risanguinamento. In ambiti clinici selezionati, questi pazienti possono essere mandati a casa con terapia standard di PPI. Nei pazienti con sanguinamento attivo non controllato dalle terapie emostatiche standard, è indicata la terapia endoscopica di salvataggio quali l'uso di spray emostatico locale o delle clip "over the scope".

Nei pazienti con sanguinamento attivo secondario a lesione di Mallory-Weiss, lesione di Dieulafoy, o angiectasie è raccomandato l'uso di terapia emostatica endoscopica come nel caso di neoplasie del tratto digestivo superiore al fine di evitare la chirurgia d'urgenza.

Gestione dopo endoscopia/emostasi endoscopica

Nei pazienti con evidenza clinica di risanguinamento successivo ad un'iniziale emostasi endoscopica efficace è indicato ripetere l'EGDS con emostasi se indicata. Nel caso di fallimento di questo secondo tentativo endoscopico, dovrebbe essere considerata l'embolizzazione arteriografica transcateretere (TAE) o la chirurgia

Nei pazienti sottoposti a emostasi endoscopica e per i pazienti con ulcera con coagulo adeso non sottoposti a terapia endoscopica la terapia con PPI dovrebbe essere ad alte dosi e somministrata in bolo ev seguita da infusione continua (80 mg seguito da 8 mg/h) per 72 h dopo l'endoscopia.

Nei pazienti con ulcera peptica è raccomandata la ricerca della presenza dell'*Helicobacter pylori* in acuto e di instaurare la terapia eradicante nei soggetti positivi. Una nuova ricerca di *H. pylori* deve essere eseguita nei soggetti risultati negativi in acuto.

● SANGUINAMENTO DIGESTIVO SUPERIORE NON VARICOSO

