



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.

EMORRAGIA VARICOSA

Data di pubblicazione 10/09/2019

Rev. 0 del 10/09/2019

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 EMORRAGIA VARICOSA

● SCOPO

La finalità di questo documento è quello di istituire un percorso uniforme multidisciplinare che tenda a migliorare le varie fasi operative definendo gli obiettivi, i ruoli, i tempi di intervento ed i compiti dei vari operatori sanitari. Esso pertanto mira a migliorare il processo assistenziale, identificando eventualmente le situazioni a rischio e le possibili aree di miglioramento.

● APPLICABILITÀ

Le indicazioni di questo documento sono indirizzate alla gestione integrata del paziente con Emorragia Digestiva Superiore Varicosa sia esso un nuovo accesso al 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 nel più vicino ospedale con un centro di endoscopia.
- 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, che verrà poi completato nel reparto di degenza o di area critica (in caso di complicanze).
- L'anestesista avrà il compito di valutare lo stato generale emodinamico sia il rischio generale del paziente da sottoporre ad eventuale procedura endoscopica in anestesia.
- L'Endoscopista dopo l'inquadramento laboratoristico e dopo la valutazione anestesiológica generale concorderà il timing dell'esame endoscopico e dei trattamenti ad esso correlati
- Il radiologo, laddove è disponibile una radiologia interventistica, assume un ruolo molto importante nella gestione del paziente con ipertensione portale soprattutto per quanto riguarda la TIPS nei pazienti refrattari alla terapia standard e nei pazienti ad alto rischio di risanguinamento nonostante terapia standard.

● DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. DE FRANCHIS R; BAVENO VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol. 2015 Sep;63(3):743-52.
2. GARCIA-TSAO G, ABRALDES JG, BERZIGOTTI A, BOSCH J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. Hepatology. 2017 Jan;65(1):310-335.

● DESCRIZIONE

Introduzione

La rottura delle varici è responsabile del 70% di tutte le emorragie nel cirrotico. L'emorragia acuta varicosa del tratto gastrointestinale superiore è un'emergenza medica associata ad una mortalità che nonostante i recenti progressi è ancora nell'ordine del 10-20% a 6 settimane dall'evento acuto. È pertanto fondamentale, una gestione del paziente che preveda, oltre al medico dell'urgenza, l'intervento coordinato degli specialisti di riferimento (anestesisti, clinici, endoscopisti e radiologi interventisti).

Fase operativa

Il paziente con segni di sanguinamento gastrointestinale di tipo varicoso (eziologia virale e non) che affrisce al Pronto Soccorso o che sia ricoverato in un Reparto di degenza necessita inizialmente di una valutazione del suo stato emodinamico che coinvolge il medico che ha in carico il paziente e l'anestesista di turno iniziando tempestivamente la fase diagnostica-laboratoristica e la terapia medica prevista. Successivamente vanno concordate con l'endoscopista, il timing e le modalità dell'esame endoscopico. Laddove presente una radiologia interventistica, dovrebbe essere allertato anche il radiologo per un'eventuale TIPS nel paziente ad alto rischio di risanguinamento o refrattario alla terapia medica ed endoscopica.

Stabilizzazione emodinamica

Il paziente con emorragia da varici esofago-gastriche deve essere gestito in un dipartimento di emergenza in grado di assicurare il monitoraggio delle condizioni cliniche e gli eventuali provvedimenti rianimatori che si rendano necessari. Lo scopo delle misure di rianimazione è di mantenere l'ossigenazione tissutale correggendo l'ipovolemia iniziale e l'anemia. L'approccio trasfusionale nel paziente cirrotico come dimostrato recentemente deve essere cauto cercando di raggiungere un target di emoglobina compresa fra i 7 e 9 g/dl considerando naturalmente anche altri fattori (età del paziente, malattie cardiovascolari ed il tipo di presentazione e andamento del sanguinamento).

Terapia medica

In caso di sanguinamento digestivo superiore di sospetta origine varicosa dovrebbe essere trattato appena possibile con un farmaco vasoattivo (terlipressina, somatostatina e octreotide). La terapia con questi farmaci infatti si è dimostrata essere utile in quanto riduce il tasso di sanguinamenti attivi rendendo più agevole la terapia endoscopica ed è inoltre associata ad una riduzione della mortalità e dei tempi di ospedalizzazione. La terlipressina viene somministrata alla dose di 2 mg e.v. in bolo lento ogni 4 ore; dopo il controllo del sanguinamento la dose viene ridotta a 1 mg ogni 4-6 ore. La somatostatina viene somministrata con un bolo iniziale di 250 µg, eventualmente ripetibile, seguito da una infusione continua di 250 µg/ora. Octreotide e vapreotide vengono entrambe somministrate con un bolo di 50 µg seguito da una infusione di 50 µg/ora. I farmaci vasoattivi debbono essere usati continuativamente fino a 5 giorni dall'evento emorragico. La profilassi antibiotica è parte integrante della terapia dei cirrotici con emorragia digestiva superiore e deve essere instaurata al momento del ricovero. L'infezione batterica rappresenta infatti una delle più frequenti cause di mortalità nella cirrosi. I pazienti con cirrosi, infatti, sono immunocompromessi ed hanno una maggiore predisposizione a sviluppare infezioni batteriche spontanee, infezioni nosocomiali e una varietà di infezioni da patogeni non comuni. Il ceftriaxone endovena è l'antibiotico di scelta nei pazienti con cirrosi avanzata, in situazioni ospedaliere con elevata prevalenza di infezioni resistenti ai chinolonici e nei pazienti già in trattamento con chinolonici.

Terapia endoscopica

Effettuate le terapie volte a stabilizzare le condizioni emodinamiche del paziente si dovrà programmare una EGDS in urgenza non oltre le 6-8 ore dall'esordio in un ambiente protetto con assistenza anestesiológica. Il paziente con alterazioni del sensorio o con ematemesi attiva dovrebbe essere sottoposto prima dell'esame endoscopico ad intubazione oro-tracheale. La legatura elastica endoscopica è la terapia di scelta in caso di sanguinamento secondario a varici esofagee o varici esofago gastriche tipo GOV1. La terapia endoscopica con adesivi tissutali è raccomandata per il sanguinamento acuto da varici gastriche isolate (IGV 1 e 2) e per le varici gastroesofagee di tipo 2 (GOV 2) che si estendono dall'esofago verso il fondo gastrico.

Terapia II livello

L'uso della TIPS (entro 72 ore; idealmente entro 24 ore) dovrebbe essere preso in considerazione, laddove sia disponibile una radiologia interventistica o comunque nel paziente stabilizzato ad alto rischio, laddove vi è stato un fallimento della terapia convenzionale (classe C di Child con score <14 o classe B di Child con sanguinamento attivo). Nel 10-20% dei pazienti l'emorragia varicosa inoltre non risponde al trattamento farmacologico ed endoscopico iniziale e la mortalità in questi pazienti si aggira intorno al 30-50%. Il trattamento con sonda di Sengstaken-Blakemore va riservato ai pazienti con un sanguinamento massivo non controllabile con terapia endoscopica solo come misura temporanea (<24 ore) fino all'instaurazione di una terapia definitiva. L'efficacia immediata della sonda è elevata, ma il suo uso è gravato da un'alta incidenza di complicanze anche fatali e da un'elevata incidenza di risanguinamento alla rimozione della sonda. Alcuni studi anche recenti hanno valutato l'uso di stent metallici ricoperti auto espandibili in pazienti il cui sanguinamento non poteva essere gestito con la terapia standard. Gli stent metallici ricoperti si sono dimostrati molto efficaci nel controllo del sanguinamento e possono essere lasciati in sede per un periodo maggiore rispetto alla sonda di Sengstaken-Blakemore ed inoltre sono associati ad un tasso di complicanze minore, soprattutto polmoniti ab-ingestis. Da non sottovalutare, anche l'opzione chirurgica mediante shunt porto- sistemico.

● EMORRAGIA VARICOSA

