

Documento SIED

RACCOMANDAZIONI SU: LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO

LA GESTIONE DELLE EMERGENZE- URGENZE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Gruppo sedazione
Coordinatore: Rita Conigliaro

Lorella Fanti
Leonardo Ficano
Mauro Manno
Rodolfo Rocca
Angelo Rossi

Bozza novembre 2007

INTRODUZIONE E PREMESSE

Di seguito riportiamo una breve guida all'uso dell'Endoscopia in emergenza-urgenza, al fine di meglio chiarire le condizioni riconosciute come *vera emergenza endoscopica*, tali da richiedere l'attivazione del Servizio di Endoscopia Digestiva in Pronta Reperibilità, e quali possono invece seguire un percorso di *urgenza entro le 24 ore*. Non sempre infatti l'esame endoscopico deve essere eseguito il prima possibile: la maggior parte delle indicazioni richiede una risoluzione endoscopica entro 12-24 ore.

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

La valutazione del rischio si effettua con un'accurata anamnesi atta a rilevare i rischi più importanti: cardiologico/circolatorio, respiratorio, epato-renale, turbe della coagulazione endogene o indotte (tp anticoagulante), neurologico

Quindi si procede con un ESAME CLINICO: età, obesità, anemia, stato circolatorio.

Questi dati, che fanno classificare un paziente in una categoria di rischio che per comodità e convenzione pratica potrebbe essere quella ASA (Tab 1) vanno incrociati con il TIPO DI INVASIVITA' DELLA PROCEDURA di cui l'elemento sicuramente più importante è la **durata** della stessa insieme all'invasività.

Tab 1
Classificazione ASA

Classe	Stato di Salute
I	Paziente in buona salute
II	Patologia sistemica di media entità
III	Patologia sistemica di severa entità stabilizzata
IV	Patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante
V	Paziente moribondo con aspettativa di vita < 24 h indipendentemente dall'intervento chirurgico

L'altro fattore da valutare è l'urgenza poiché la condizione clinica di urgenza aumenta di per sé il rischio complessivo

PROPOSTA DI SCORE PER LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO NEL PAZIENTE DA SOTTOPORRE AD ESAME ENDOSCOPICO

RISCHIO ASA	ETA'	BMI	STATO D'ANSIA	PZ CON PATOLOGIA EMERGENTE /URGENTE	TEMPO PROCEDURALE IPOTIZZABILE	punteggio
1	< 60	Normale	Nessuna ansia	Non urgente	15-30 min	1
2	61-70	30-35	Ansia lieve	Urgenza differibile	30-45 min	2
3	71-80	35-45	Ansia moderata	Urgenza	45-60 min	3
4	>80	>45	Ansia severa	Emergenza	>60 min	4
Score						

L'osservazione delle variazioni di questi elementi, ai quali viene attribuito un punteggio crescente da 1 a 4 consente all'operatore di valutare il livello rischio in cui si trova il paziente prima della procedura

- o un punteggio totale uguale a 6 indica un paziente non a rischio
- o un punteggio da 7 a 12 indica un paziente a basso rischio ;
- o un punteggio da 13 a 18 indica un paziente a rischio intermedio ;
- o un punteggio da 19 a 24 indica un paziente ad alto rischio .

Il presente schema può essere utilmente impiegato nelle occasioni in cui si voglia misurare e registrare il livello di rischio in cui si trova il paziente che deve essere sottoposto ad esame endoscopico .

GESTIONE PAZIENTE EMORRAGICO

Indipendentemente dal timing ideale dell'endoscopia, la gestione del paziente in urgenza ed in particolare del paziente emorragico dovrebbe essere affidata a personale specialistico qualificato: come dimostrato da numerosi studi, la degenza ospedaliera e i costi sanitari sono ampiamente ridotti se l'urgenza emorragica è gestita in ambito intensivo-gastroenterologico-chirurgico , con esperienza in questo tipo di problematica, piuttosto che in reparti non specialistici (1-4). Sarebbe preferibile che l'urgenza emorragica venisse trattata da un team medico ed infermieristico, specializzato a trattare tali emergenze (1). Sarà così possibile trattare il paziente usando protocolli e linee guida concordati, eseguire l'endoscopia a paziente emodinamicamente stabilizzato e nelle condizioni organizzative ottimali che tale intervento richiede e decidere il trattamento e la gestione più idonea sulla base di una precoce collaborazione tra gastroenterologo-endoscopista, intensivista, anestesista e chirurgo.

DEFINIZIONI

Emergenza: condizione che richiede un intervento endoscopico **entro 2-6 ore**

Urgenza: condizione che richiede un intervento endoscopico **entro 12-24 ore**

Urgenza-differibile condizione che richiede un intervento endoscopico **entro 24-48 ore**

Paziente a rischio:

1. paziente con comorbidità importante (cardiopatìa, pneumopatìa, neuropatìa, cirrosi epatica, insufficienza renale , neoplasia in progressione)
2. paziente con coagulopatìa o in terapia anticoagulante o in doppia antiaggregazione
3. paziente obeso
4. paziente anziano > 65 anni
5. paziente con età < 18 anni
6. paziente con emorragia ed instabilità emodinamica
7. paziente con emorragia digestiva ed instabilità emodinamica corretta
8. paziente con ingestione di corpo estraneo
9. paziente con ingestione di caustici
10. paziente psichiatrico o stato d'ansia marcato

NB: per i pazienti a rischio si rende necessaria l'assistenza anestesiologicala in corso di endoscopia

INDICAZIONI ALL'ENDOSCOPIA IN EMERGENZA-URGENZA

L'indicazione all'esecuzione di esami endoscopici in emergenza-urgenza può riguardare il distretto superiore, inferiore ed infine biliare. Il timing è ovviamente dipendente da una serie di fattori:

1. patologia-condizione in atto
2. condizioni cliniche del paziente (emodinamiche e generali)
3. setting

Per semplificare, suddividiamo per distretto le indicazioni alla endoscopia in emergenza-urgenza, analizzando quindi le singole condizioni.

A - CONDIZIONI DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE CHE RICHIEDONO L'ESECUZIONE DI UN ESAME ENDOSCOPICO IN EMERGENZA-URGENZA:

1. *Ingestione di corpi estranei*
2. *Emorragia digestive, varicose e non, del tratto digestivo superiore*
3. *Ingestione di caustici*

Ingestione di corpi estranei (C.E.)

Richiedono l'esecuzione di un'endoscopia in emergenza:

1. i corpi estranei acuminati e vulneranti in esofago e stomaco
2. i corpi estranei di qualunque tipo, vulneranti e non, localizzati a livello esofageo

L'ingestione di corpi estranei così come l'arresto di boli alimentari rappresentano un evento piuttosto comune. La maggior parte dei corpi estranei (80%-90%) ingeriti transita attraverso il tubo digerente e viene eliminata spontaneamente, sempre che non vi siano patologie organico-funzionali che ne arrestino la progressione. Tuttavia, nel 10%-20% dei casi è richiesta la rimozione endoscopica e nell'1% dei casi l'intervento chirurgico.

L'esecuzione dell'Rx torace + addome sono mandatarie all'esecuzione dell'endoscopia, consentendo di escludere la presenza di falde aeree e localizzare il corpo estraneo (per i corpi estranei non radiopachi, può essere utile l'utilizzo di Gastrographin). Se il corpo estraneo è localizzato in faringe, il paziente dovrà essere inviato al PS-ORL della Struttura Ospedaliera di riferimento.

Il timing dell'endoscopia è determinato dal rischio di perforazione e/o aspirazione.

L'intervento endoscopico in *emergenza*, con paziente a digiuno da almeno 4-6 ore, è richiesto per:

1. i corpi estranei acuminati e vulneranti nello stomaco
2. i corpi estranei di qualunque tipo, vulneranti e non, localizzati a livello esofageo

Un intervento endoscopico in *urgenza* è richiesto:

- quando il corpo estraneo localizzato in stomaco è rappresentato da batterie di grandi dimensioni (diametro > 20 mm)
- quando siano presenti significativi sintomi (dolore, vomito, soprattutto se ematico, ecc.)
- quando sono presenti patologie del piccolo intestino o del colon che potrebbero ostacolare la progressione (diverticolosi, Crohn stenotante, esiti chirurgici, ecc).

Un intervento endoscopico *in elezione* è invece richiesto:

- quando l'oggetto, anche se smusso e tondo, ha dimensioni superiori a 2,5 cm, in quanto è difficile che un oggetto di tali dimensioni superi il piloro
- quando l'oggetto dopo 3-4 settimane è ancora in stomaco
- quando si tratta di oggetti lunghi (> 6-10 cm) (spazzolino da denti, cucchiai, ecc) perché tali oggetti difficilmente superano il ginocchio duodenale

L'intervento endoscopico è *controindicato*:

- quando sono presenti o anche solo sospettati segni di perforazione o occlusione
- quando il corpo estraneo ingerito è rappresentato da droghe racchiuse in pacchetti di plastica o buste: in questo caso, infatti, il rischio di rompere l'involucro durante le manovre endoscopiche di estrazione è troppo elevato e la fuoriuscita del contenuto potrebbe risultare fatale. In questi due casi è indicato l'intervento chirurgico (5).

Talvolta può essere necessaria, su indicazione del Centro Antiveneni, l'esecuzione una EGDS per estrazione di compresse in pazienti con ingestione volontaria o accidentale di compresse.

L'estrazione di corpi estranei è più frequente nei bambini da 1 a 5 anni (circa l'80 % dei soggetti che giungono in ospedale per questo motivo) e anche in loro la rimozione è indicata solo nel caso di corpi estranei incarcerati in esofago o particolarmente acuminati e vulneranti, in alternativa è assolutamente legittimo attendere anche una o due settimane prima di rimuovere il C.E. e seguire la progressione clinicamente o con un controllo RX se radiopaco.

E' sempre indicata la presenza dell'anestesista

Emorragie digestive varicose e non varicose

Senza dubbio rappresentano la più comune emergenza in ambito endoscopico. Possiamo suddividere i sanguinamenti del tratto digestivo superiore in due gruppi: i sanguinamenti varicosi e non-varicosi.

Il percorso e la gestione pre-endoscopica del paziente emorragico è sostanzialmente sovrapponibile per i due gruppi, con differenze legate soprattutto alla somministrazione di eventuale terapia pre-endoscopica.

Approccio al paziente emorragico – fase di accettazione del paziente (pre-endoscopica)

È di primaria importanza la valutazione della compromissione emodinamica con l'obiettivo fondamentale di mantenere un' adeguata volemia.

Ci sono pareri ancora discordanti sulla necessità del posizionamento del **Sondino naso-gastrico** in tutti i pazienti, può essere utile valutarlo caso per caso.

Si possono suddividere i pazienti in due gruppi a seconda della presentazione clinica, anche grazie all'utilizzo di score di valutazione della gravità, come ad esempio il Blatchford, utile per la scelta del timing (6,7), ed il Rockall (tabella 2), utile per il triade post-esame;

pazienti con:

1. **emorragia acuta** caratterizzata da ematemesi o franca melena, accompagnata o meno da instabilità emodinamica (tachicardia, ipotensione ortostatica, oligo-anuria, sudorazione profusa, sincope)
2. **emorragia cronica**, caratterizzata da pallore, astenia, facile affaticabilità, dispnea da sforzo, dolore precordiale.

Score di Blatchford.

Parametro	Punteggio
Azotemia (mg/dl)	
≥ 18 e < 22	2
≥ 22 e < 28	3
≥ 28 e < 70	4
≥ 70	6
Hb uomo	
≥ 12 e < 13	1
≥ 10 e < 12	3
< 10	6
Hb donna	
≥ 10 e < 12	1
< 10	6
Pressione sistolica	
≥ 100 e < 109	1
≥ 90 e < 99	2
< 90	3
Altri markers	
FC	1
melena	1
sincope	2
scompenso cardiaco	2
epatopatia	2

Table 2

Rockall score for the prognostication of upper gastrointestinal bleeding ³

	Score			
	0	1	2	3
Pre-upper gastrointestinal endoscopy				
Age	<60 years	60–79 years	≥80 years	
Shock	<i>No shock</i> BP >100 mmHg and pulse <100	<i>Tachycardia</i> BP >100 mmHg and pulse >100	<i>Hypotension</i> BP <100 mmHg	
Comorbidity	No major comorbidity		Ischaemic heart disease, cardiac failure, any major comorbidity	Renal or liver failure Disseminated malignancy
Post-upper gastrointestinal endoscopy				
Diagnosis	Mallory-Weiss or no lesion found, and no major stigmata of recent haemorrhage		All other diagnoses	Gastrointestinal malignancy
Major stigmata of recent haemorrhage	None or dark spot only		Blood in upper gastrointestinal tract, non-bleeding visible vessel, spurting vessel or adherent clot	

BP systolic blood pressure

Patients with a score of 0, 1 or 2 have a lower risk of haemorrhage, whereas approximately 50% of patients with a post-endoscopy score of 3 or more will re-bleed.

Terapia medica specifica pre-endoscopica

Per i pazienti con emorragia digestiva a sospetta genesi varicosa (pz cirrotico, con pregressi sanguinamenti da varici esofago-gastriche) è indicato iniziare, prima dell'esecuzione della EGDS, l'infusione di Terlipressina, 2 mg (2 fl) in bolo da ripetersi ogni 4-6 ore (9).

Per i pazienti con emorragia digestiva a sospetta genesi ulcerosa/peptica è fortemente indicato iniziare, prima dell'esecuzione di EGDS, l'infusione di PPI ev (es. omeprazolo 80 mg in bolo lento, seguite da infusione continua al dosaggio di 8 mg/h/24 ore) (10-13, 22).

Timing dell'endoscopia

È bene ricordare che circa l'80% delle emorragie digestive superiori cessa spontaneamente (10,14). Basandosi su questi dati di letteratura, i pazienti con sanguinamento minore e non persistente potrebbero seguire un percorso di urgenza ed essere così sottoposti all'esame endoscopico entro le 12-24 ore dal sanguinamento. Le linee guida della British Society of Gastroenterology individuano idealmente la mattina successiva al ricovero o il primo momento utile per essere sottoposti ad esame endoscopico come il miglior timing per l'esecuzione della EGDS, dopo aver stratificato i pazienti ed individuato quelli a minor rischio (15).

Nonostante il basso livello di evidenza (5;D)(9), l'endoscopia in caso di sospetto sanguinamento varicoso è raccomandata non appena possibile dopo l'ammissione del paziente in ospedale (e comunque entro 12 ore), specialmente nel paziente con emorragia clinicamente severa o nei pazienti con cirrosi accertata o sospetta.

Pertanto l'endoscopia dovrebbe essere eseguita:

1. **in emergenza (entro 2-4 ore)** in pazienti con sanguinamento acuto in atto, ovvero con ematemesi o franca melena e segni clinici generali ed emodinamici di emorragia acuta in atto, ma solo dopo che il paziente è stato stabilizzato emodinamicamente (FC < a 100 bpm, PA sistolica > a 90). **Il paziente emodinamicamente instabile (tachicardico, ipoteso) deve essere prima stabilizzato e solo dopo potrà eseguire la EGDS.** Se i tentativi di stabilizzazione risultano infruttuosi, la EGDS dovrà essere eseguita anche a paziente

instabile. Le linee guida della Società Americana di Endoscopia Digestiva (Gastrointestinal Endoscopy 2001) hanno definito che l'endoscopia in emergenza trova indicazione proprio in quei pazienti ove non sia possibile raggiungere la stabilità emodinamica e che presentino segni di ortostasi, tachicardia shock e/o segni di continuo sanguinamento. Il razionale è che l'efficacia del trattamento endoscopico possa contribuire a raggiungere la stabilità emodinamica.

2. **in urgenza (entro 12-24 ore)** in pazienti con melena, o con sospetto sanguinamento, e stabilità emodinamica o in pazienti i quali, raggiunta la stabilità emodinamica, la mantengano non mostrando segni di sanguinamento in atto (Linee Guida della Società Americana di Endoscopia Digestiva).

A tale proposito le linee guida dell'American College of Physicians si sono altresì espresse nel 2003 nel Corso di una Consensus Conference, nel definire "urgente" la valutazione endoscopica condotta entro le 24 ore.

Bisogna comunque considerare che un realistico compromesso potrebbe essere eseguire una endoscopia "precocemente" dopo l'ammissione in ospedale se ciò avviene in prossimità della notte (entro le ore 20!), piuttosto che alzarsi nel cuore della notte e/o dover trattenere il paziente nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione tutta la notte fino all'esecuzione dell'esame endoscopico il mattino successivo (Lee J . GIE 1999 : 50; 755-761).

Non trova indicazioni l'esecuzione di una EGDS in emergenza-urgenza in caso di epigastralgia.

Per i pazienti stabili scoagulati e con INR oltre 2,5-3, è opportuno correggere l'INR, anche somministrando durante la fase di stabilizzazione emodinamica vit. K₁ e plasma fresco congelato, mentre, in taluni casi, può rendersi necessario l'utilizzo del complesso protrombinico (Protromplex). Tuttavia, la EGDS può essere effettuata, in casi eccezionali, anche in pazienti con INR oltre 2,5-3, quando i tentativi di stabilizzazione emodinamica risultano infruttuosi (emergenza endoscopica)(15-19).

Ingestione da caustici

I caustici possono essere sostanze acide o basiche, quest'ultime più dannose.

L'esecuzione dell'Rx del torace + addome è mandataria rispetto alla EGDS per escludere perforazione in atto.

La EGDS deve essere eseguita entro 6-8 ore dall'ingestione e comunque mai dopo le 12-24 ore per il rischio aumentato di perforazione iatrogena a seguito dell'inizio di fenomeni di necrosi colliquativa. Se e quando effettuare la EGDS è una decisione che spetta al medico endoscopista e non del Centro Antiveneni, anche se ci si può avvalere della competenza di questi ultimi. I caustici dotati di lenta espressività patogenetica e per i quali il danno mucoso è ritardato si riducono essenzialmente all'ipoclorito di sodio (candeggina): questo prodotto in genere non è eccessivamente pericoloso poiché commercializzato a diluizioni elevate. Pertanto è solo per i pazienti con ingestione di candeggina l'endoscopia va dilazionata di circa 24-36 ore dall'ingestione. Il ruolo della EGDS è quello di identificare i pazienti a rischio di perforazione, sulla base delle evidenze endoscopiche di danno. I pazienti con aree di *impending perforation* seguiranno un percorso chirurgico (20).

B - CONDIZIONI DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE CHE RICHIEDONO L'ESECUZIONE DI UN ESAME ENDOSCOPICO IN EMERGENZA-URGENZA:

La colonscopia in urgenza può essere effettuata nelle seguenti condizioni:

1. massiva enterorragia
2. occlusione intestinale acuta in paziente con neoplasia colica, prima dell'intervento chirurgico, nell'intento di posizionare una protesi
3. volvolo intestinale o altre condizioni di pseudo-occlusione intestinale (sindrome di Olgivie)

Preparazione intestinale

I pazienti, eccezion fatta per i pazienti con enterorragia massiva e per i casi con occlusione intestinale acuta e serrata, dovranno comunque effettuare prima della colonscopia una preparazione con almeno 2 litri di PEG, da assumersi anche tramite SNG.

Enterorragia

Di norma la rettorragia o la enterorragia non sono indicazioni all'esecuzione di un esame endoscopico in emergenza ma in urgenza o urgenza differibile (entro 48 ore), anche per le evidenti difficoltà tecniche e limitazioni dovute alla mancata o ridotta preparazione intestinale.

Raramente, una *massiva enterorragia*, tale da determinare anemia acuta e compromissione emodinamica nonostante i tentativi di stabilizzazione, può beneficiare di una colonscopia in emergenza, ma solo in casi selezionati (21).

Ricordiamo inoltre che l'enterorragia potrebbe essere un segno di emorragia del tratto gastrointestinale superiore in pazienti con emorragia digestiva a rapido transito; in questi rari casi, dopo un'accurata anamnesi, l'utilizzo del SNG può essere di aiuto nel discernere le lesioni del primo tratto gastrointestinale (in tal caso dal SNG verrà drenato materiale ematico) e quindi indicare l'esecuzione di una EGDS, dalle lesioni del tratto digestivo inferiore, oltre il Treitz, se dal SNG viene drenato liquido biliare o comunque non ematico. L'esecuzione della EGDS può essere eseguita durante la stessa seduta, dopo che la colonscopia è risultata negativa.

Occlusione intestinale

In pazienti con sub-occlusione intestinale/occlusione intestinale acuta secondaria a lesione organica colo-rettale, andranno eseguiti i seguenti esami diagnostici:

1. Rx addome a vuoto
2. Tc addome senza mdc.

Utili per evidenziare il livello dell'occlusione e definire alcune caratteristiche (coprostasi etc).

Una volta accertata l'eziologia organica dell'occlusione, può essere utile il **posizionamento di protesi metalliche**, soprattutto se la sede dell'ostruzione è il colon sinistro, impiegate come ponte verso la chirurgia d'elezione, per superare la fase critica dell'occlusione acuta e abbattere i rischi operatori (23)

C - CONDIZIONI DELLE VIE BILIO-PANCREATICHE CHE RICHIEDONO L'ESECUZIONE DI UN ESAME ENDOSCOPICO IN URGENZA (ENTRO 24 ORE) O URGENZA DIFFERIBILE (ENTRO 48 ORE , FINO A 72 ORE E NON OLTRE):

1. Colangite acuta con o senza shock settico
2. Pancreatite acuta biliare grave, secondo i criteri di Glasgow o Ranson
3. Fistola biliare iatrogena dopo intervento chirurgico

Colangite acuta

Nella colangite acuta l'indicazione all'ERCP è assoluta e il timing è entro 12-24 ore dopo che il paziente sia stato inquadrato e messo in terapia con antibiotico-idratazione, abbia un valore di INR < a 1.5 e sia a digiuno da almeno 6 ore.

Fistola biliare iatrogena dopo intervento chirurgico

Il trattamento endoscopico delle fistole biliari post- colecistectomia o post intervento chirurgico sulle vie biliari è sicuramente il trattamento di elezione e c'è accordo sul timing (24-48 h) che deve essere precoce per evitare che lo spandimento biliare possa provocare danni importanti (27).

Pancreatite acuta biliare grave

Nella Pancreatite acuta esiste assoluto consenso in letteratura (24-26) sul fatto che l' ERCP può essere salvavita qualora l'eziologia sia sicuramente biliare e la pancreatite si presenti con una gravità significativa secondo lo score di Glasgow da solo, o ancor meglio associato ai valori di PCR (alle 48 h), proposti come il più sensibile e specifico Fig 1.e 2.

**COMPARISON OF METHODS OF SEVERITY ASSESSMENT .
PROSPECTIVE STUDY OF 82 PATIENTS IN BARCELONA .
(Bardaji, Cugat , Almerara et al 1994) (24)**

	SENSITIVITY	SPECIFICITY
Ranson	70%	67%
Glasgow	55%	91%
APACHE II	63%	71%
CRP (48 hrs)	80%	76%
Ranson + CRP	80%	80%
Glasgow + CRP	80%	87%
APACHE + CRP	73%	83%

Fig 1.

THE ORIGINAL GLASGOW CRITERIA FOR SEVERITY PREDICTION IN ACUTE PANCREATITIS : A SEVERE ATTACK IS PREDICTED BY THE PRESENCE OF THREE OR MORE POSITIVE CRITERIA (Imrie et al 1978)

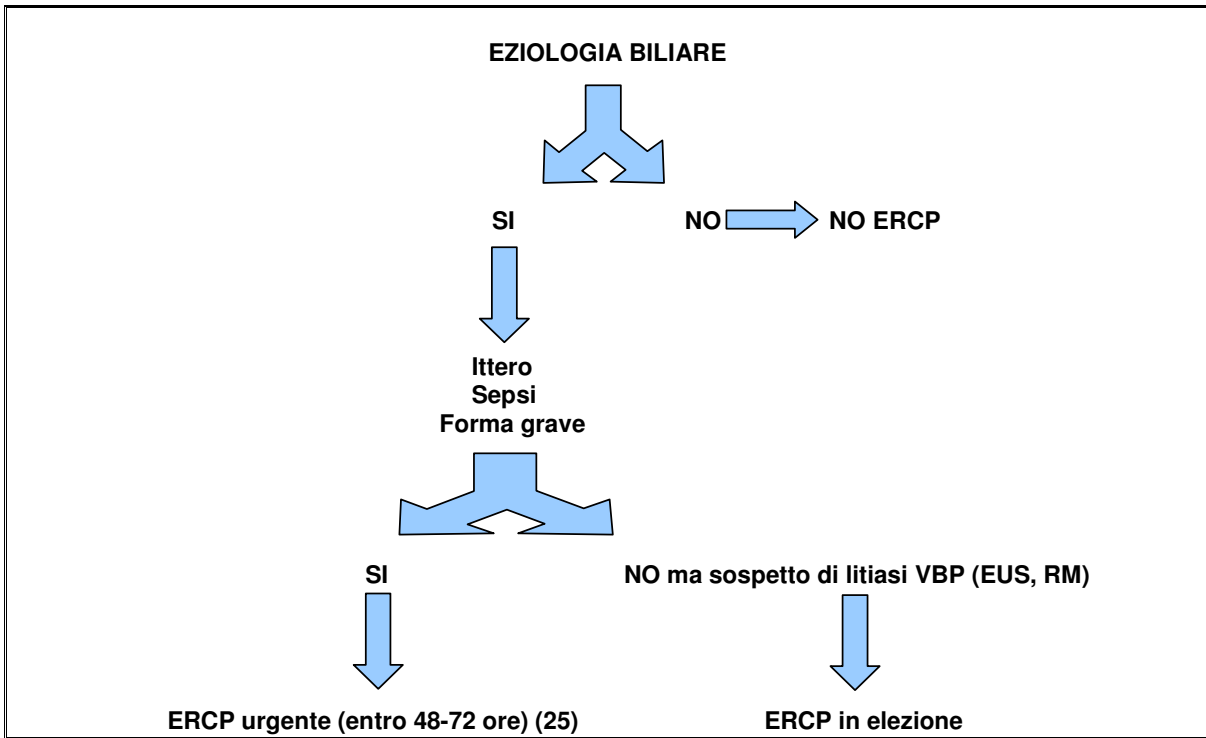
During the first 48 Hrs

Age	>55 years
Arterial PO2	<8.0 kPa
Serum albumin	<32 g/l
Serum calcium	<2.0 mmol/l
White cell count	>15.0000 /l
AST	>100 u/l*
LDH	>600 iu/l
Blood glucose	>10 mmol/l no pre-existing diabetes
Plasma urea	>16 mmol/l

Fig 2.

Nello score di Glasgow modificato (Blamey et al 1984), citato nel protocollo, scompare l'AST .

INDICAZIONI ALLA ERCP NELLA PANCREATITE ACUTA (24-25-26)



**SCHEMA RIASSUNTIVO DELLE CONDIZIONI CHE RICHIEDONO L'ESECUZIONE DI UN
ESAME ENDOSCOPICO IN EMERGENZA-URGENZA
EGDS**

PATOLOGIA	PRESENTAZIONE CLINICA	TIMING ENDOSCOPIA	PRESCRIZIONI
Corpi estranei	1. acuminati e vulneranti in stomaco	emergenza	Rx toraco-addominale, digiuno da 4-6 ore
	2. vulneranti e non, localizzati a livello esofageo	emergenza	Rx toraco-addominale
	3. grandi dimensioni (> 2 cm), sintomi, dubbi su progressione (stenosi, Crohn)	urgenza	Rx toraco-addominale, digiuno da 4-6 ore
Emorragia digestiva	1. acuta (ematemesi e/o franca melena <i>con</i> instabilità emodinamica)	emergenza, <i>dopo</i> stabilizzazione emodinamica	Digiuno 4-6 ore, salvo instabilità emodinamica refrattaria alla terapia
	2. acuta (melena) <i>senza</i> segni di compromissione emodinamica	urgenza	Digiuno 4-6 ore, INR < 1,5
	3. cronica e senza segni di compromissione emodinamica	urgenza differibile	Digiuno 4-6 ore, INR < 1,5
Ingestione di caustici		A. urgenza (<i>entro 12-24 ore dall'ingestione</i>)	Digiuno 4-6 ore
		B. urgenza differita (<i>36 ore</i>) per la candeggina	

COLONSCOPIA

PATOLOGIA	PRESENTAZIONE CLINICA	TIMING ENDOSCOPIA	PRESCRIZIONI
Emorragia digestiva	1. enterorragia massiva <i>con</i> compromissione emodinamica nonostante i tentativi di stabilizzazione	emergenza	
	2. enterorragia <i>con</i> compromissione emodinamica	urgenza <i>dopo</i> stabilizzazione emodinamica	Preparazione intestinale, INR < 1,5
	3. enterorragia <i>senza</i> compromissione emodinamica	urgenza	Preparazione intestinale, INR < 1,5

VIE BILIO-PANCREATICHE

PATOLOGIA	PRESENTAZIONE CLINICA	TIMING ENDOSCOPIA	PRESCRIZIONI
Colangite acuta	Con shock settico	urgenza	Digiuno 8 ore, idratazione, antibiotico-tp, INR < 1,5
	Senza shock settico	urgenza differibile	Digiuno 8 ore, idratazione, antibiotico-tp, INR < 1,5
Pancreatite acuta biliare	di tipo grave	entro 72 ore	Digiuno 8 ore, idratazione, antibiotico-tp, INR < 1,5
	di tipo moderata	in elezione	Digiuno 8 ore, idratazione, antibiotico-tp, INR < 1,5
Fistola biliare		urgenza differibile	Digiuno 8 ore, idratazione, antibiotico-tp, INR < 1,5

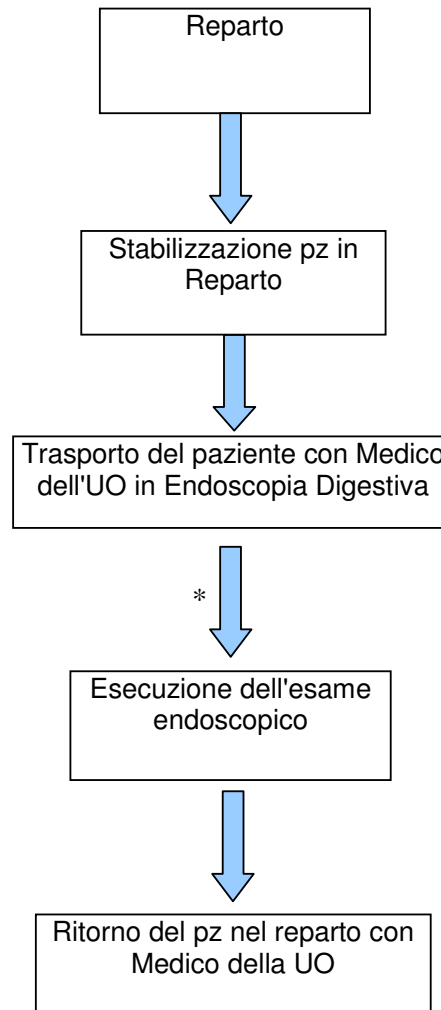
ENDOSCOPIE INTRAOPERATORIE

INDICAZIONI	PRESENTAZIONE CLINICA	TIMING ENDOSCOPIA	PRESCRIZIONI
Colangioscopia Enteroscopia Gastrosocopia Colonscopia ERCP		Da concordare caso per caso	Nel caso di colangio intraoperatoria è necessario un preavviso di almeno 3 ore per ottenere la sterilizzazione adeguata dell'endoscopio

Esempio di flow-chart

Azienda USL
Endoscopia Digestiva
Direttore

FLOW-CHART DELLE EMERGENZE-URGENZE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA nei giorni feriali diurni e prefestivi fino alle ore 14.00 (pazienti ricoverati)



* **NB:** Per i pazienti a rischio e/o in emergenza, l'anestesista deve essere attivato dal Medico di Reparto.

Esempio : di flow chart

Azienda USL
Endoscopia Digestiva
Direttore

FLOW-CHART DELLE EMERGENZE-URGENZE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA nei giorni prefestivi diurni dopo le ore 13.00, prefestivi notturni, festivi diurni e notturni, feriali notturni (dopo le ore 20.00) (pazienti ricoverati)

** NB: Per i pazienti a rischio e/o in emergenza, l'anestesista deve essere attivato dal Medico di Reparto.*

Reparto



1. Stabilizzazione pz
2. attivazione Medico Endoscopista
3. eventuale attivazione anestesista*
4. trasporto pz in Endoscopia Digestiva con Medico dell'UO



esecuzione di esame endoscopico
(eventualmente in assistenza anestesiológica)



Ritorno del pz nel reparto di
afferenza con Medico dell'UO

N.B.
Durante l'esecuzione dell'esame endoscopico, il Medico di reparto inviante assiste il paziente in Endoscopia, salvo diversi accordi.

BIBLIOGRAFIA

1. Quirk DM et al., Physician specialty and variations in the cost of treating patients with acute upper gastrointestinal bleeding, *Gastroenterology* 1997; 113: 1443-1448
2. Sandel MH et al. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: differences in outcome for patients admitted to internal medicine and gastroenterological services *Am J Gastroenterol* 2000; 95:2357-2362.
3. Prasad VP et al. Managing patients with acute, nonvariceal gastrointestinal haemorrhage: development and effectiveness of a clinical care pathways *Am J Gastroenterol* 2001; 96:208-219.
4. Pardo A. et al. Impact of physician speciality on the cost of nonvariceal upper GI bleeding care *Am J Gastroenterol* 2002; 97:1535-1542.
5. Linee guida per il management dei corpi estranei del tubo digerente, linee guida SIED (www.sied.it)
6. Rockall TM et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom: steaming Committee and members of the National Audit of acute upper gastrointestinal haemorrhage, *BMJ*, 1995; 311:222.
7. Rockall TA et al Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage., *Gut*. 1996;38:316-21.
8. Blatchford O. et al., A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318-21.
9. De Franchis R., Evolving Consensus in Portal Hypertension Report of the Baveno IV Consensus Workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2005; 43:167-176.
10. Barkun A. et al , Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, *Ann Intern Med* 2003; 139:843-857.
11. Lau JY et al, Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N Engl J Med*. 2000;343:310-6.
12. Dorward S et al Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding (Review)..., *Cochrane database of systematic reviewers* 2006, issue 4, art. N° CD005415.
13. Bardou M et al., High dose proton pump inhibition decrease both re-bleeding and mortality in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding. A series of meta-analyses [Abstract]. *Gastroenterology*. 2003;123:A625.
14. Longstreth GF et al Epidemiology and of hospitalization for acute upper gastrointestinal haemorrhage. A population based study..., *Am J Gastroenterol* 1995; 90:206.
15. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines of British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. *Gut* 2002;51(Suppl IV):iv1–iv6.
16. Zimmerman J et al Predictors of mortality in patients admitted to hospital for acute upper gastrointestinal haemorrhage., *Scand J Gastroenterol*. 1995;30:327-31.
17. Perng CL et al., Characteristics of patients with bleeding peptic ulcer requiring emergency endoscopy and aggressive treatment. *Am J Gastroenterol*. 1994;89:1811-4.
18. Bordley DR et al, Early clinical signs identify low-risk patients with acute upper gastrointestinal haemorrhage. *JAMA*. 1985;253:3282-5.
19. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI haemorrhage. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 60:497-504.
20. Diagnosi e trattamento delle lesioni gastroesofageo da caustici. Linee guida SIED (www.sied.it).
21. ASGE guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy* 2005; 63:656-660.
22. Lau J. Et al, Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding, *NEJM* 2007; 30, 1631-1640.
23. Tilney HS et al., Comparison of colonic stenting and open surgery for malignant large bowel obstruction. *Surg Endosc* 2007 ; 21:225-233
24. AGA Institute Technical Review on Acute Pancreatitis. *Gastroenterology* 2007 ;132 : 2022-2044.

25. Oria A. et al., Early endoscopic intervention versus early conservative management in patients with acute gallstone pancreatitis and biliopancreatic obstruction. A randomized clinical trial. *Ann Surg* 2007 ; 245: 10-17
26. Heinrich S. et al., Evidence base treatment of acute pancreatitis: a look at reestablished paradigms. *Ann Surg* 2006 ; 243:154-168
27. ASGE guideline: the role of ERCP in diseases of the biliary tract and the pancreas. *Gastrointestinal Endoscopy* 2005; 62:1-8.