



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.

CORPI ESTRANEI

Data di pubblicazione

Rev.

Redatto a cura di

Samuele DE MINICIS¹

¹. UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Osp.A.Murri AV4 Fermo

SOMMARIO

SCOPO

APPLICABILITÀ

PERSONALE COINVOLTO

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

DESCRIZIONE

Introduzione

Fase operativa

- *Fase diagnostica*

- *Fase terapeutica*

FLOW CHART INGESTIONE CORPI ESTRANEI

● SCOPO

La finalità di questo documento è quella di istituire un percorso diagnostico terapeutico nel paziente adulto con ingestione accidentale/volontaria (o sospetta) di un corpo estraneo, per ottimizzare i tempi ed uniformare l'atteggiamento clinico-strumentale. Tale documento ha la finalità ultima di:

- organizzare ed integrare l'attività delle diverse figure professionali coinvolte
- ottimizzare i tempi ed i costi

● APPLICABILITÀ

Le indicazioni di questo documento sono indirizzate alla gestione integrata del paziente con ingestione di corpo estraneo sia in caso di nuovo accesso al DEA/Pronto Soccorso sia in caso di 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 le condizioni generali del paziente, le comorbidità, la presenza di fattori di rischio generici o specifici per la successiva procedura endoscopica se indicata. La protezione delle vie aeree inoltre è un requisito molto importante prima della rimozione del corpo estraneo.

L'Otorinolaringoiatra viene coinvolto in caso di corpo estraneo in ipofaringe, raggiungibile con strumento rigido.

L'endoscopista dopo l'inquadramento clinico e radiologico e dopo la valutazione anestesiológica generale concorderà con le altre figure professionali il timing dell'eventuale rimozione endoscopica.

Il chirurgo sarà coinvolto nel processo terapeutico in caso d'impossibilità all'esame endoscopico o in presenza di complicanze maggiori (perforazione, etc).

● DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

1. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2016
2. ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE. IKENBERRY SO, KUE TL, ANDERSEN MA ET AL. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointest Endosc 2011; 73: 1085–1091.

● DESCRIZIONE

Introduzione

L'ingestione di veri corpi estranei negli adulti sia incidentale o intenzionale riguarda soprattutto gli anziani, i pazienti con disturbi psichiatrici o con abuso di alcool e i carcerati alla ricerca di secondi fini. L'impatto di un bolo alimentare in esofago inoltre è un problema molto più comune con incidenza annuale stimata di 13/100.000 persone. La maggior parte dei corpi estranei ingeriti (80-90%) passa spontaneamente. Tuttavia approssimativamente il 10-20% dei casi richiede la asportazione endoscopica, mentre in meno dell'1% dei casi è necessario l'intervento chirurgico per l'estrazione o per trattare le complicanze.

Fase operativa

La fase operativa prevede una fase diagnostica basata su valutazione clinica/anamnestica e radiologica in modo da individuare il grado di urgenza/emergenza ed indirizzare la fase terapeutica con il relativo timing.

FASE DIAGNOSTICA

Valutazione anamnestica: In pazienti adulti collaboranti generalmente la storia dell'ingestione ha un'importanza fondamentale ed include la tempistica, il tipo di corpo estraneo ingerito (valutare la possibilità di reperire secondo oggetto gemello), la tempistica dell'ultimo pasto e l'insorgenza dei sintomi. In pazienti con disturbi psichiatrici e in caso di ingestione intenzionale per secondi fini (es. carcerati) la raccolta dell'anamnesi può essere difficile.

Valutazione clinica: I corpi estranei esofagei determinano sintomi quali disfagia, odinofagia e dolore retrosternale; sono anche molto comuni sintomi quali mal di gola, sensazione di corpo estraneo, conati e vomito. I sintomi respiratori includono soffocamento, stridore o dispnea determinati dall'aspirazione di saliva o dalla compressione tracheale da corpo estraneo.

La scialorrea e l'impossibilità alla deglutizione di ogni liquido sono sospetti per completa ostruzione dell'esofago. L'esame obiettivo è mandatorio per rilevare complicanze correlate all'ingestione del corpo estraneo quali l'ostruzione del piccolo intestino. Sintomi che indicano la perforazione includono febbre, tachicardia, peritonite, crepitii sottocutanei, gonfiore del collo e del torace.

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

La radiografia del collo, torace e addome è raccomandata per stabilire la presenza, la sede, le dimensioni, la forma e il numero degli oggetti ingeriti. Inoltre possono essere rilevate complicanze quali, aspirazione, aria libera mediastinica o peritoneale o enfisema sottocutaneo. La maggior parte dei corpi estranei possono essere identificati radiologicamente, tuttavia oggetti metallici sottili, di legno o plastica, vetro, ossa di pesce e pollo non sono identificati facilmente.

La TC collo/torace/addome con e senza m.d.c. è indicata soprattutto nel sospetto di complicanze secondarie all'ingestione del corpo estraneo. L'esame TC, oltre a valutare la forma, le dimensioni, la sede e la profondità del corpo estraneo permette di valutare l'insorgenza di complicanze come la perforazione, la formazione di ascessi, mediastiniti, fistole aortiche o tracheali.

FASE TERAPEUTICA

La protezione delle vie aeree è di particolare importanza durante la rimozione di corpi estranei o in caso di bolo alimentare. L'intubazione endotracheale è necessaria qualora il paziente non sia collaborante o qualora vi sia un elevato rischio di aspirazione (ad esempio in caso di stomaco pieno, localizzazione a livello dell'esofago prossimale del corpo estraneo, bolo alimentare impattato).

La rimozione endoscopica del corpo estraneo con il relativo timing dipende sostanzialmente dalle dimensioni e natura dello stesso, dalla sintomatologia del paziente (segni di ostruzione esofagea) e dalla sede del corpo estraneo.

- **Corpo estraneo in esofago**

In casi di bolo alimentare o corpo estraneo esofageo è indicato eseguire una EGDS terapeutica in emergenza (preferibilmente entro le 2 ore, al massimo entro le 6 ore) nei casi in cui è presente ostruzione esofagea completa (alto rischio di aspirazione), per oggetti taglienti-acuminati o batterie (possibile perforazione o fistolizzazione legate alla pressione o alla necrosi, alla scarica elettrica o al danno chimico.)

Una EGDS terapeutica urgente (entro 24 ore) è invece indicata per altri corpi estranei esofagei senza completa ostruzione.

- **Corpo estraneo in stomaco**

In caso di corpi estranei smussi che sono più piccoli di 2-2,5 cm di diametro e di 5-6 cm in

lunghezza è indicato il trattamento conservativo senza rimozione endoscopica con controlli RX seriati. I pazienti dovrebbero essere istruiti nel fare attenzione ai segni della perforazione o ostruzione del piccolo intestino ed osservare continuamente le feci. In caso di corpi estranei di forma tagliente-acuminata, di magneti, batterie e oggetti di grandi dimensioni (diametro > 5-6 cm) nello stomaco è indicato eseguire una EGDS urgente (entro le 24 ore). In caso di oggetti smussi di medie dimensioni (diametro > 2-2,5 cm) nello stomaco è indicato eseguire una EGDS terapeutica non urgente entro le 72 ore.

- ***Situazioni particolari***

- Nei casi di ingestione di pacchetti di droghe (“body packing”) con lo scopo di occultamento *non è indicato* il recupero endoscopico (approccio chirurgico in caso di sospetta rottura del pacchetto, fallimento nella progressione del pacchetto, o occlusione intestinale)
- L’ ingestione di magneti a causa delle forze di attrazione tra di essi o tra un singolo magnete ed altri oggetti metallici contemporaneamente deglutiti può determinare necrosi meccanica, fistole, perforazioni, occlusioni e volvoli. La rimozione endoscopica urgente (entro 24 ore) è raccomandata anche qualora sia evidente un solo magnete alle radiografie o la storia del paziente suggerisca l’ ingestione di un solo magnete.

● INGESTIONE CORPI ESTRANEI

