



*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*

Ferrara 7 Giugno 2019
Aula Magna Nuovo Arcispedale Sant'Anna



La gestione in urgenza del paziente con emorragia digestiva: territorio ed ospedale in rete

La visita di un medico mi assicura, quella di due mi atterrisce

Roberto Gervaso



*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*

Ferrara 7 Giugno 2019
Aula Magna Nuovo Arcispedale Sant'Anna



**Il ruolo dell'Endoscopista
Emorragia digestiva inferiore
*G. Marangoni***

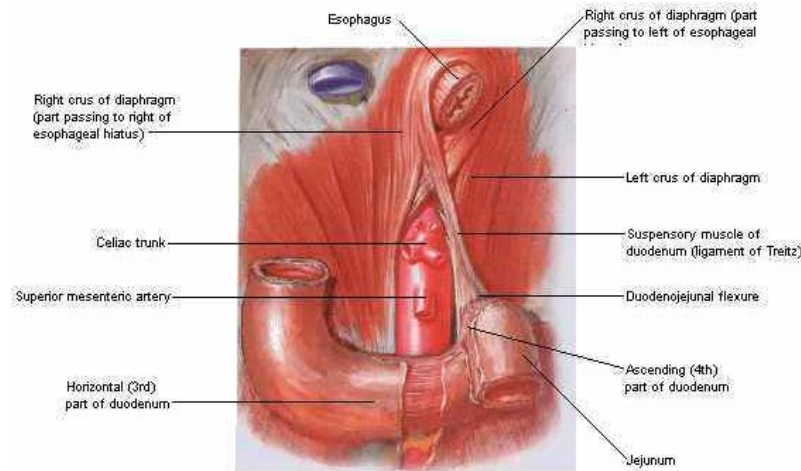
EMORRAGIA DIGESTIVA

Emissione attraverso la bocca o l'ano di sangue o materiale contenente sangue proveniente da qualsiasi tratto del canale gastro-intestinale.

Si definiscono:

ALTE le emorragie digestive che originano a monte del legamento di Treitz

BASSE quelle che originano a valle del legamento.



Exposure of suspensory muscle of duodenum (ligament of Treitz)

F. Natta
M.D.
© CIR-GEIGY

EMORRAGIA DIGESTIVA

In base alla sede del sanguinamento essa viene distinta in:

- **Ematemesi:** emissione della bocca di sangue nerastro. (Acido cloridrico trasforma emoglobina in ematina). In caso di acloridria il sangue è di colorito rossastro.
- **Melena:** emissione di sangue digerito con le feci che appaiono poltacee, maleodoranti e di colorito piceo per la presenza di ematina. Il sangue è nell'intestino da almeno 8 ore e proviene da emorragia a monte del Treitz e può venire dal colon in caso di rallentato transito
- **Enterroragia:** (ematochezia) emissione dall'ano di sangue rosso vivo per un'emorragia digestiva bassa. Può essere espressione di un'abbondante emorragia del tratto gastroenterico superiore con accelerato transito.
- **Proctorragia:** (emorragia rettale) modesta perdita di sangue di colore rosso vivo con le feci



EMORRAGIA DIGESTIVA

Recenti acquisizioni tecnologiche nello studio del Piccolo Intestino dividono le emorragie digestive intestinali in 3 categorie:

- **ALTE**

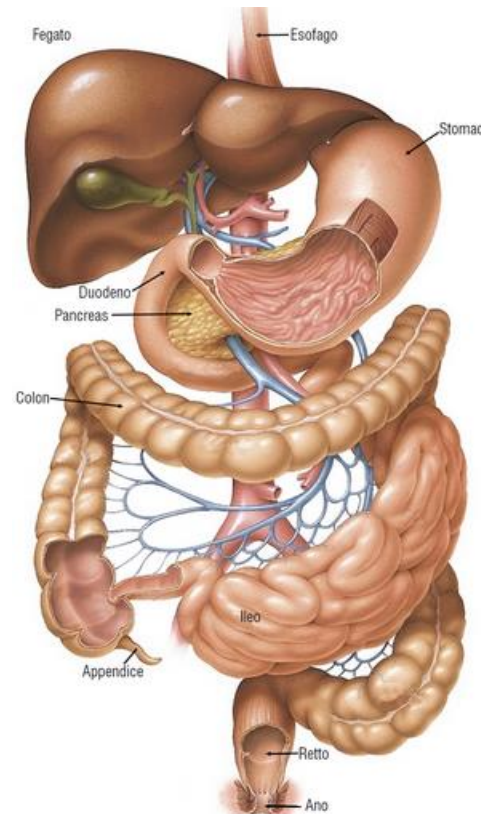
(prossimali al Treitz)

- **INTERMEDIE**

(dal Treitz alla valvola ileo-cecale)

- **BASSE**

(dal cieco all'ano)



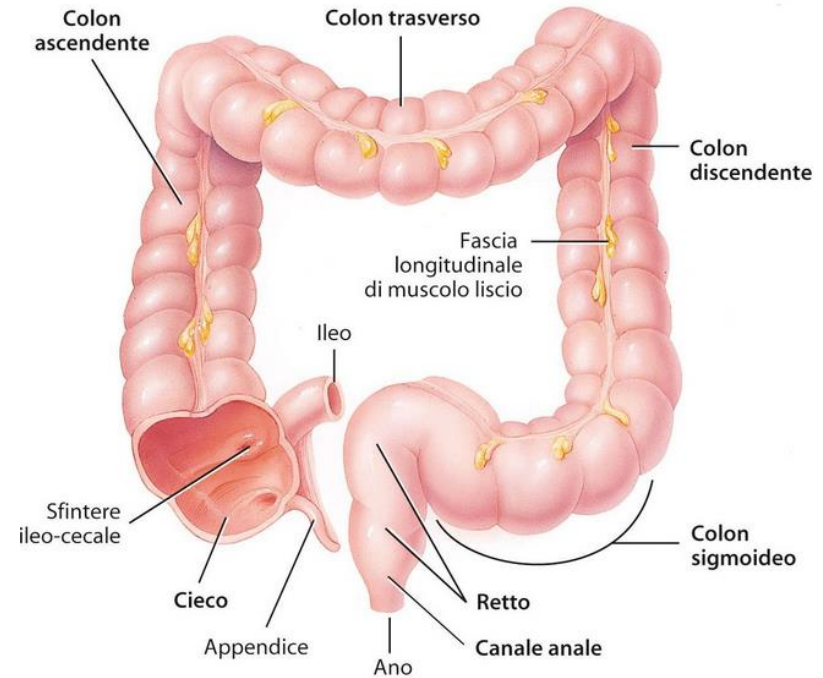
EMORRAGIA DIGESTIVA BASSA

- **ACUTA:**

- < 3 giorni
- entità variabile

- **CRONICA:**

- più giorni
- carattere intermittente o continuo
- lieve entità
- manifesta : ematochezia e/o melena o occulta identificata con anemia sideropenica e/o positività al sangue occulto fecale.



EMORRAGIA DIGESTIVA BASSA

La gestione delle Emorragie Digestive Basse è oggetto di controversie, i lavori sono su casistiche numericamente limitati e retrospettivi e mancano di confronti tra le varie metodiche.

L'approccio endoscopico, radiologico o chirurgico spesso riflette l'esperienza e la disponibilità di risorse locali.

In questi ultimi anni l'incidenza di ospedalizzazione per emorragia digestiva alta si è significativamente ridotta al contrario di quella per emorragia da diverticoli e angiodisplasie, pur rimanendo invariata la mortalità ospedaliera.



EMORRAGIA DIGESTIVA BASSA

Come si può spiegare?

- Aumento invecchiamento popolazione



Comorbidity

- Provenienza geografica



Ecc..

Cause

- Diverticolosi
- Angiodisplasie
- Emorroidi
- Coliti ischemiche
- Altre coliti
- Neoplasie
- Post-polipectomia
- Ulcera del retto
- Lesioni di Dieulafoy (rare e solitamente del retto)
- Varici del retto
- Coliti da radiazioni
- Coagulopatie
- Traumi rettali

GESTIONE EMORRAGIA DIGESTIVA BASSA ACUTA

1. Stabilizzazione del paziente dal punto emodinamico
2. Identificazione causa di sanguinamento
3. Emostasi
4. Prevenzione risanguinamento

E' difficile predire la fonte e la severità del sanguinamento al momento della presentazione clinica

10-20% sospetta emorragia bassa = fonte del sanguinamento alta o intermedia

10% causa non identificata

40% più di una fonte di sanguinamento

EMORRAGIA DIGESTIVA BASSA

Nella maggior parte dei casi l'emorragia si arresta spontaneamente.

La **stratificazione del rischio** sarebbe importante per identificare da subito quei pazienti che possono trarre beneficio da un approccio diagnostico e terapeutico precoce e più aggressivo.

Il primo approccio diagnostico è quello di escludere l'origine alta del sanguinamento:

Nel 10-15% dei casi: ematochezia severa = sanguinamento tratto digestivo superiore

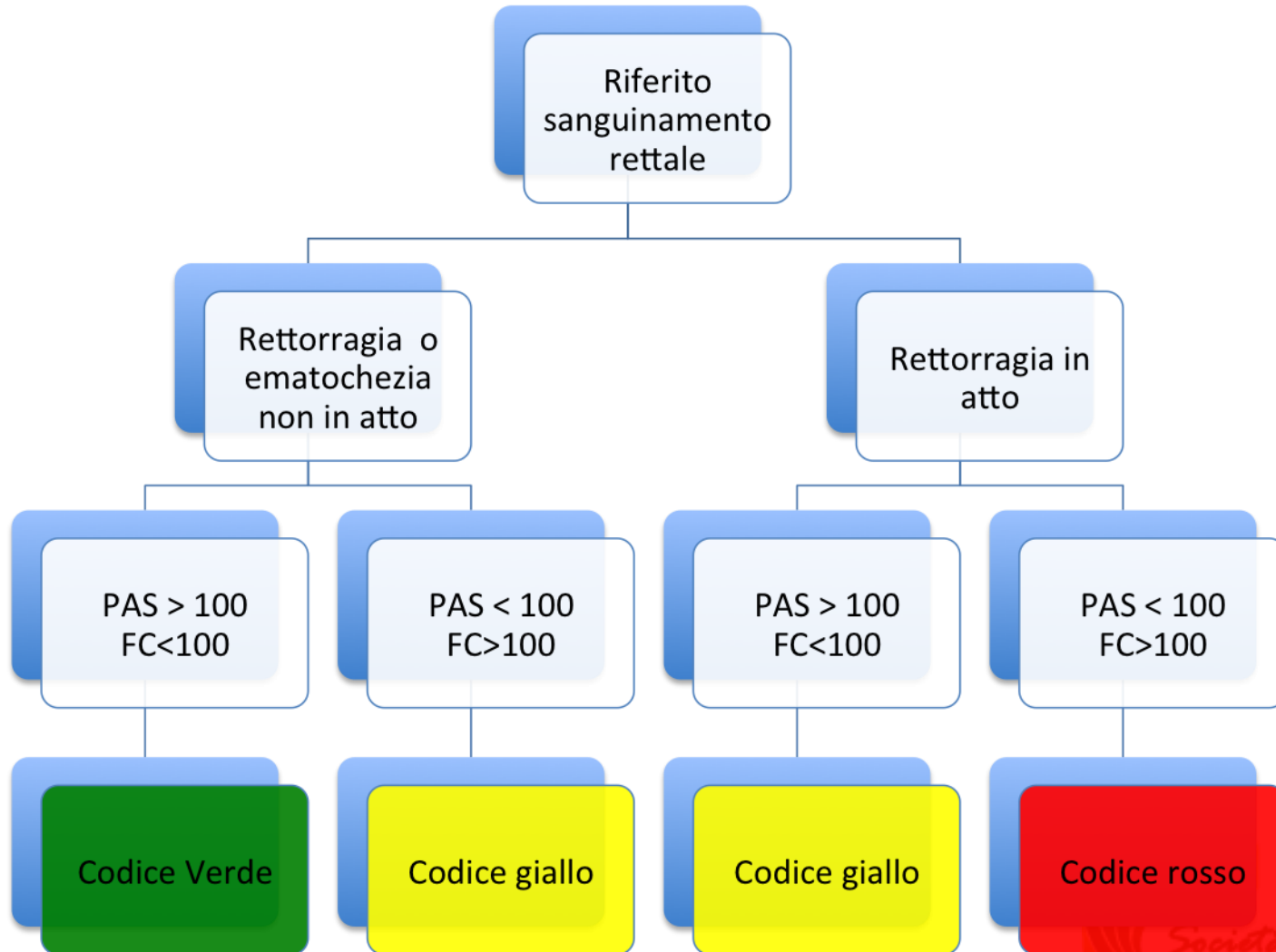
SNG (sondino naso-gastrico)
POCO ACCURATO



EGDS d'urgenza



Triage emorragie tratto inferiore



EMORRAGIA DIGESTIVA DEL TRATTO INFERIORE

È un'emorragia originata da una fonte di sanguinamento situata al di sotto del legamento di Treitz, la cui sintomatologia è caratterizzata da rettorragia (emissione di sangue rosso vivo dal retto) ed ematochezia.

Paziente stabile giunto in PS o ricoverato in reparto Spoke:

Se il paziente è stabile e non ha mai avuto momenti di instabilità o non è un epatopatico noto, il medico che lo ha in carico contatterà l'endoscopista di riferimento :

- dal Lunedì al Venerdì presso l'ENDOSCOPIA DELTA / CENTO dalle h 8.00 alle h 14.00
- dal Lunedì al Giovedì presso l'ENDOSCOPIA di ARGENTA dalle h 8.00 alle h 14.00
- dal Lunedì al Venerdì dalle h 14.00 alle 19.30 e il Sabato dalle h 8.00 alle 14.00 presso il Centro di Endoscopia di Cona

In tutti i periodi di reperibilità attraverso il numero (18)239000 da spoke comunicando Score di Blatchford e condizioni del paziente, per calcolare il timing endoscopico e la sede più idonea dove eseguire la procedura endoscopica.

7.3. Richiesta di esame endoscopico urgente dai Reparti e dai P.S. e attivazione dell'Endoscopista di guardia e/o dell'Anestesista ospedaliero

I medici dei Reparti di degenza sia Hub che Spoke, del PS di I e II livello, comunicano all'Endoscopista le condizioni cliniche del paziente e lo score di Blatchford e concordano con lo specialista il timing endoscopico .

– ***Paziente instabile ricoverato in Reparto (Degenza/PS) Osp Spoke o soccorso dal 118:*** se il paziente è in condizioni di instabilità emodinamica (**non corretta o persistente**) o è un epatopatico noto oppure ha avuto ematemesi , dovrà essere centralizzato ed eseguire EGDS il prima possibile se necessario con supporto anestesiologicalo dopo gli adeguati provvedimenti di Stabilizzazione /Rianimazione.

L'attivazione dell'Anestesista rimane a carico del Medico dei codici rossi del PS di II livello (346 6471684).

7.5. Esecuzione esame endoscopico

L'endoscopista dell'ospedale di riferimento eseguirà l'endoscopia secondo il timing dopo eventuale stabilizzazione e somministrazione dei farmaci indicati se necessario.

Score di Blatchford

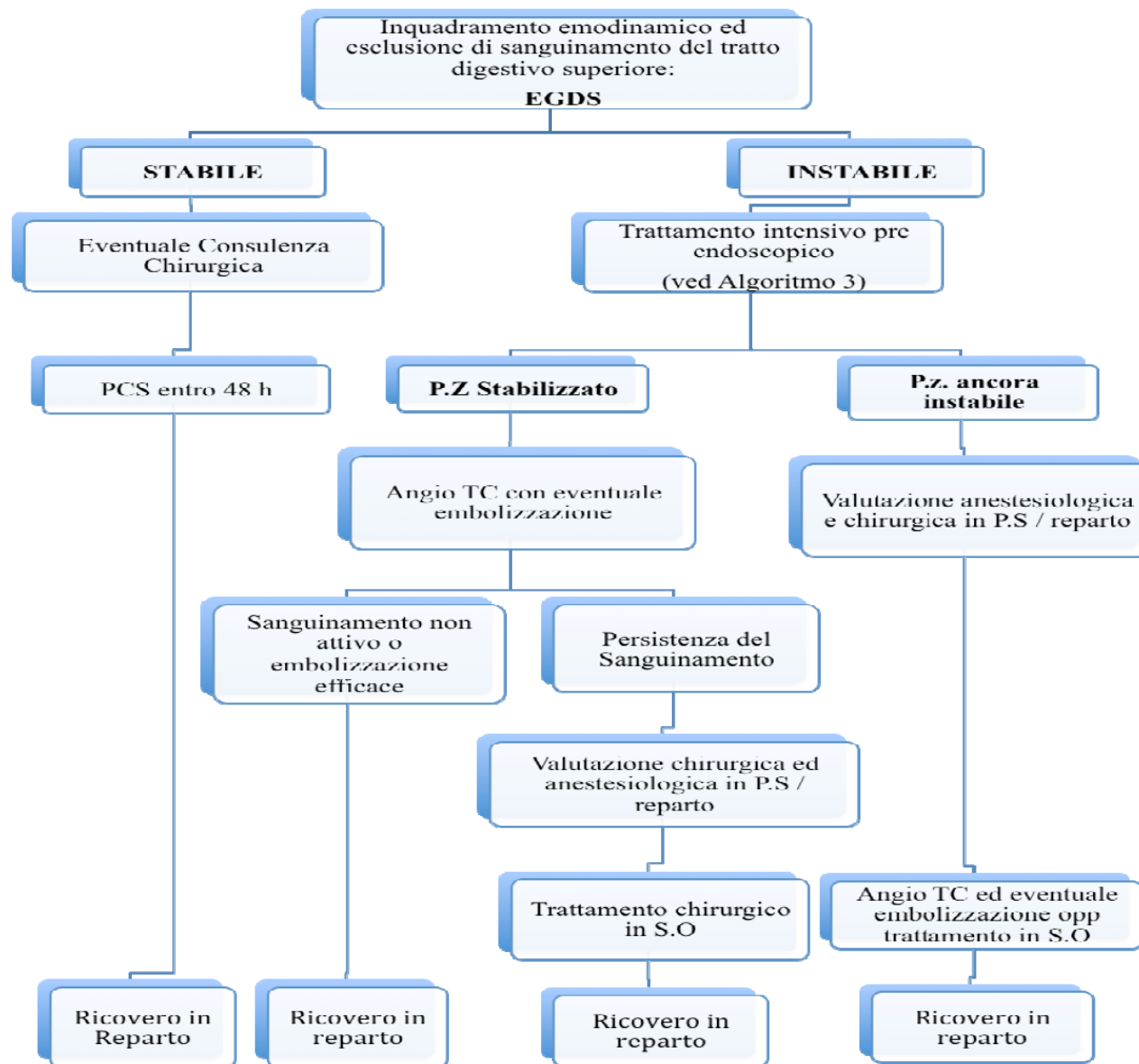
A
L
L
E
G
A
T
O
1

| Marker di rischio | Punteggio componente di valore |
|--|--------------------------------|
| Azotemia mg/dl | |
| ≥ 18 e < 22 | 2 |
| ≥ 22 < 28 | 3 |
| ≥ 28 e < 70 | 4 |
| ≥ 70 | 6 |
| Emoglobina (g / L) per gli uomini | |
| ≥12.0 <13.0 | 1 |
| ≥10.0 <12.0 | 3 |
| <10.0 | 6 |
| Emoglobina (g / L) per le donne | |
| ≥10.0 <12.0 | 1 |
| <10.0 | 6 |
| Pressione arteriosa sistolica (mm Hg) | |
| 100–109 | 1 |
| 90–99 | 2 |
| <90 | 3 |
| Altri markers | |
| FC ≥ 100 (per minuto) | 1 |
| Presentazione con melena | 1 |
| Presentazione con sincope | 2 |
| Epatopatia | 2 |
| Scompenso cardiaco | 2 |

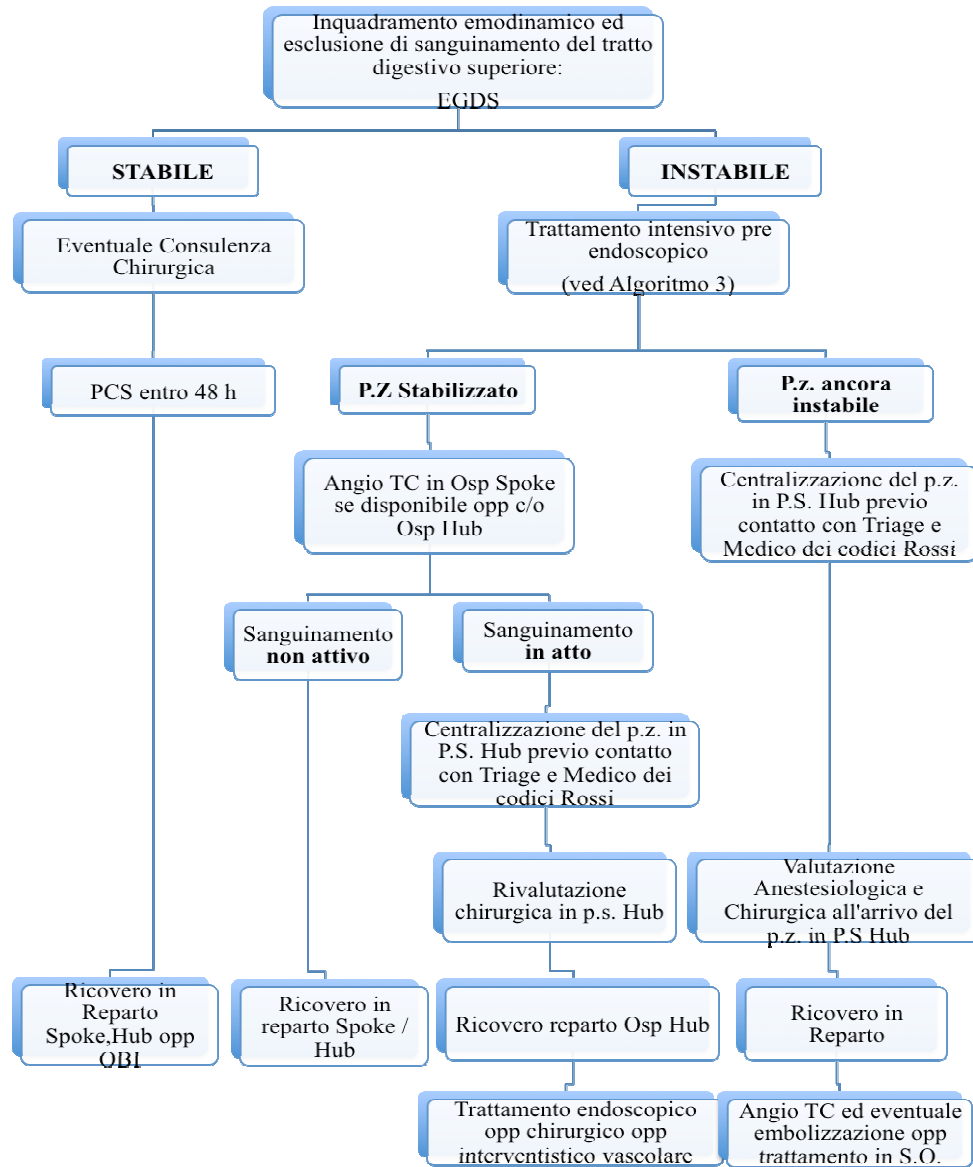
Legenda interpretativa dello score:

- Punteggio < 4** + stato emodinamico stabile, l'EGDS può essere eseguita entro 24-48 h.
- Punteggio ≥ 4 + stato emodinamico normale** EGDS entro 6/12 h
- Punteggio qualsiasi ma p.z. instabile o che** abbia presentato fasi di instabilità, ematemesi o sia un epatopatico noto . : EGDS appena possibile

Algoritmo 6.a : Emorragie digestive inferiori p.z. in Ospedale Hub



Algoritmo 6.b : Emorragie digestive inferiori p.z. in Ospedale Spoke/ territorio



COMMENTO ALGORITMO 6.a e 6.b

Non si dispone attualmente di score che forniscano stima del rischio nelle emorragie del tratto inferiore. Vengono considerate indicazioni all'attivazione di un percorso diagnostico terapeutico in urgenza:

Età > 60 anni

Instabilità emodinamica

Rettorragia di rilevante entità

Assunzione di FANS

Presenza di significative comorbilità

Prima dell'esecuzione della Pancolonscopia che deve avvenire tra le 8 e le 48 h o appena possibile nel caso di pazienti con emodinamica alterata, deve essere eseguita una preparazione con polietilenglicole eventualmente trans-sondino per ridurre i tempi. Nei pazienti instabili in cui risulti difficile o impossibile la preparazione o con colonscopia non diagnostica e non terapeutica, si deve ricorrere all'angio-TC con eventuale embolizzazione.

Il ricorso alla chirurgia deve essere subordinato all'insuccesso delle altre metodiche.



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**