



*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*

Ferrara 7 Giugno 2019
Aula Magna Nuovo Arcispedale Sant'Anna



La gestione in urgenza del paziente con emorragia digestiva: il ruolo del chirurgo

Dott. Stano Rocco
Dott. Lacavalla Domenico
S.S.D.Chirurgia d'Urgenza – Arcispedale Sant'Anna, Cona (FE)

Emorragia Digestiva Superiore

Cause:

Emorragie non varicose

Ulcera duodenale (24,3%)

Erosioni gastriche (23,4%)

Ulcera gastrica (21,3%)

Sindrome di Mallory-Weiss (7,2%)

Esofagite (6,3%)

Duodenite erosiva (5,8%)

Neoplasia (2,9%)

Ulcera anastomotica (1,8%)

Miscellanea

Paziente cirrotico

Varici esofagee

Varici gastriche

Gastropatia congestizia

Emorragia Digestiva Inferiore

Cause:

Adolescenti

Diverticolo di Meckel
Polipi giovanili
Malattie infiammatorie
croniche intestinali

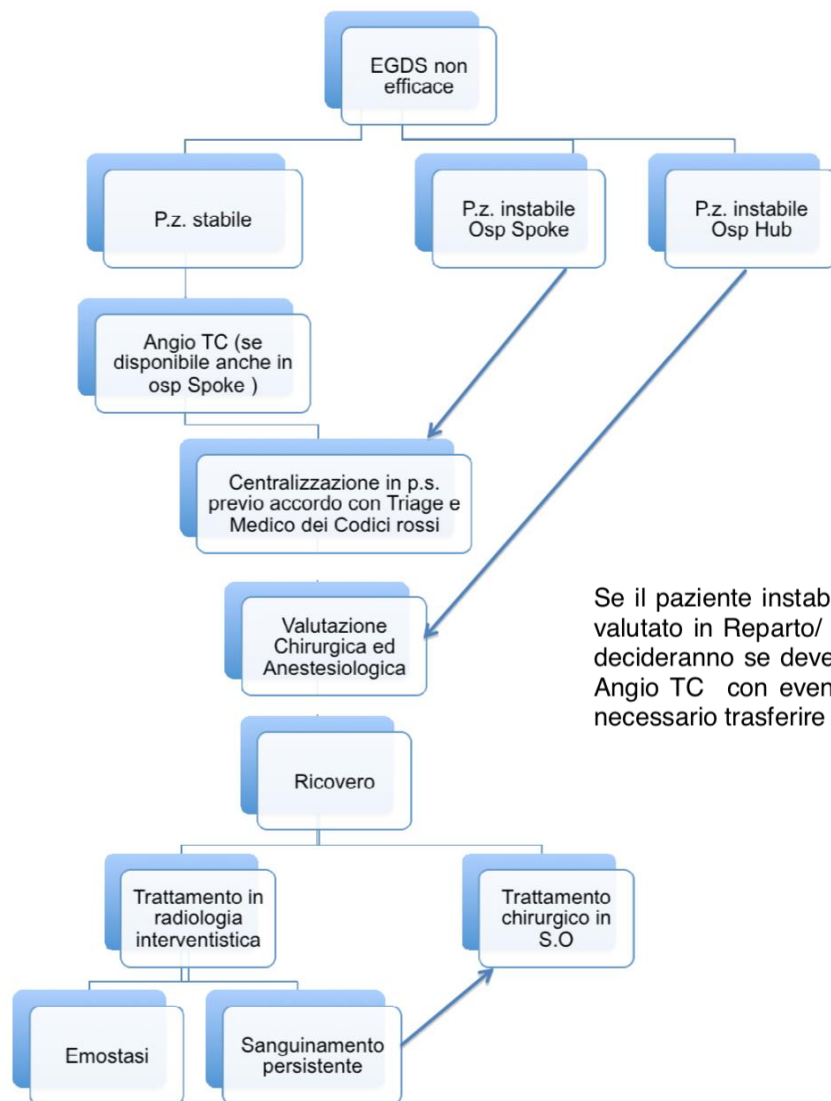
Adulti < 60 anni

Polipi adenomatosi
Malattie infiammatorie
croniche intestinali
Coliti infettive
Diverticoli
Neoplasie
Angiodisplasie

Adulti > 60 anni

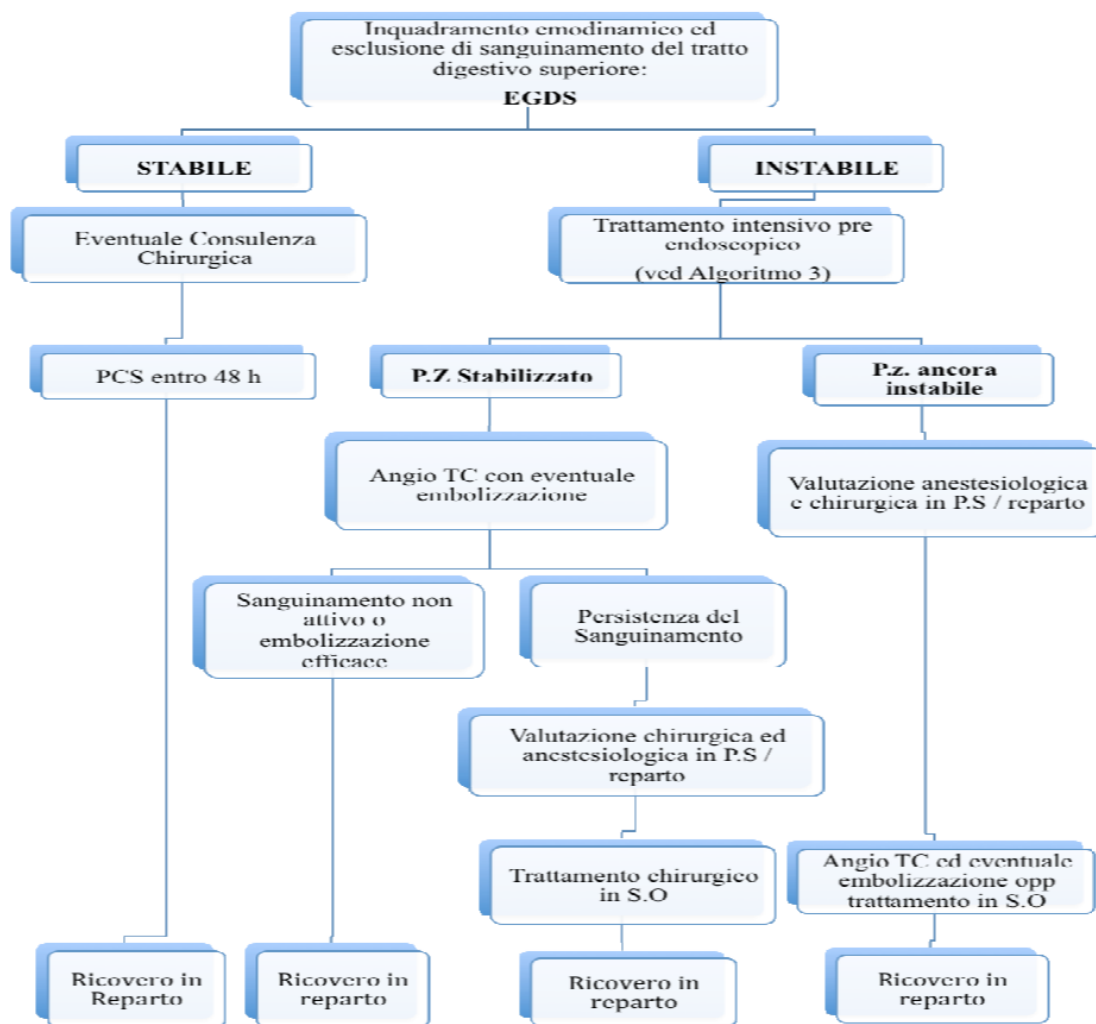
Diverticoli
Angiodisplasie
Neoplasie
Colite ischemica

EGDS non efficace? Algoritmo decisionale



Se il paziente instabile è ricoverato in un Reparto o è giunto al P.S. dell'Ospedale HUB verrà valutato in Reparto/ p.s. dal Medico di guardia Chirurgica e dall'Anestesista Ospedaliero che decideranno se deve essere trattato direttamente in Sala operatoria o se deve eseguire prima Angio TC con eventuale embolizzazione. Nel caso in cui debba essere trattato in S.O sarà necessario trasferire o ricoverare il p.z. in Chirurgia d'Urgenza.

Algoritmo decisionale nell'emorragia del G.I. tratto inferiore



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

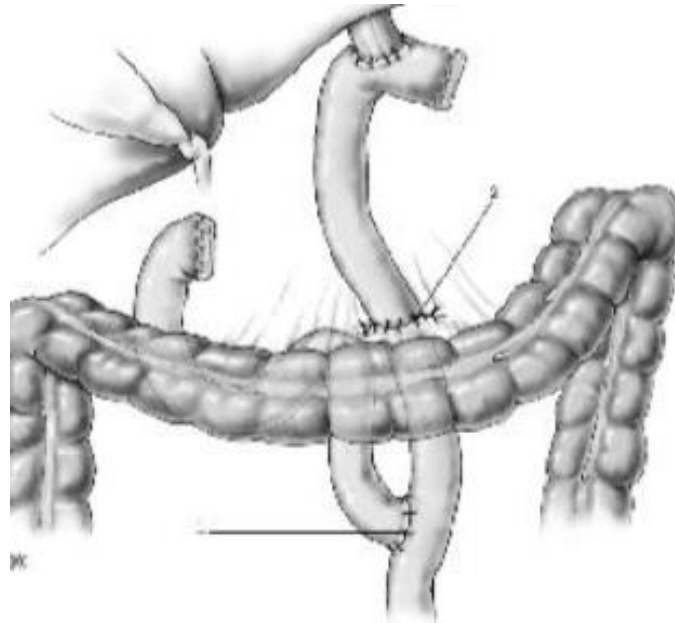
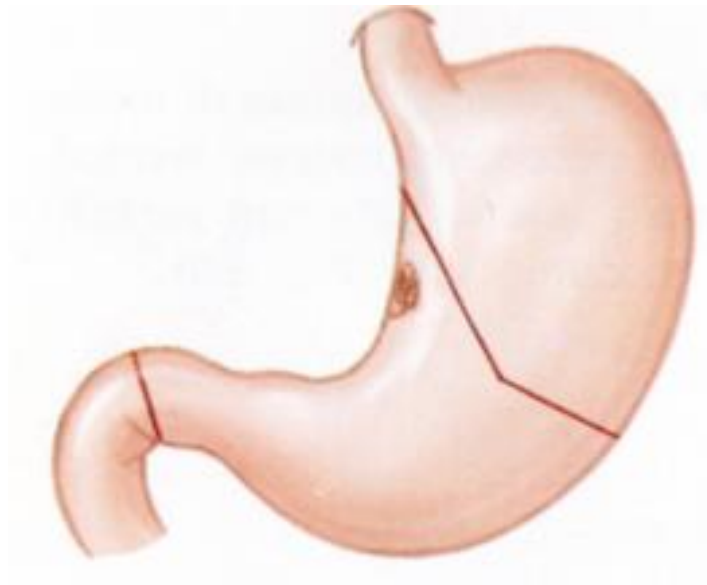
Prima dell'esecuzione della Pancolonscopia che deve avvenire tra le 8 e le 48 h o appena possibile nel caso di pazienti con emodinamica alterata, deve essere eseguita una preparazione con polietilenglicole eventualmente trans-sondino per ridurre i tempi. Nei pazienti instabili in cui risulti difficile 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.



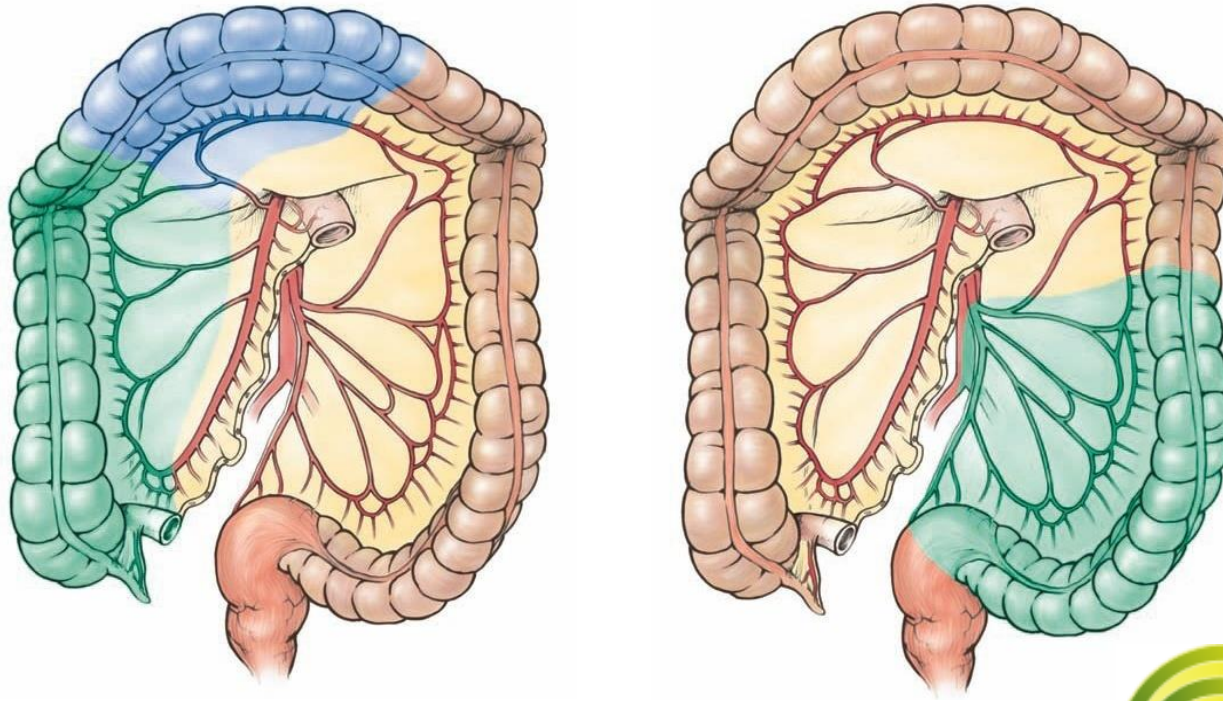
Emorragia Digestiva Superiore

Trattamento chirurgico



Emorragia Digestiva Inferiore

Trattamento chirurgico



LETTERA DI DIMISSIONE

DEGENZA
3B0
Ingresso 1

**MODULO
DIPARTIMENTALE
CHIRURGIA
D'URGENZA**
Tel 0532239165
Fax 0532237226

IL RESPONSABILE

**Dott. Savino
OCCHIONORELLI**
savino.occhionorelli@unife.it

Dirigenti Medici

Dott. Dario ANDREOTTI
d.andreotti@ospfe.it

Dott. Lorenzo CAPPELLARI
l.cappellari@ospfe.it

Dott. Rocco STANO
r.stano@ospfe.it

Dott.ssa Daniela TARTARINI
d.tartarini@ospfe.it

Dott. Giuseppe ZANDI
g.zandi@ospfe.it

Lavoro medici

Arcispedale S. Anna
DIPARTIMENTO CHIRURGICO

[REDACTED]

EPISODIO

15.11.2018
DATA ACCETTAZIONE

UO CHIRURGIA D'URGENZA
854 - CHIRURGIA D'URGENZA DEG. (3B0)

10.01.2019
DATA DIMISSIONE

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

[REDACTED]

NOME E COGNOME

[REDACTED]

LUOGO E DATA DI NASCITA

[REDACTED]

INDIRIZZO

44124 FERRARA (FE)

M
SESSO

[REDACTED]

CODICE FISCALE

0
TELEFONO

Ferrara, 10.01.2019

Egregio Dott. [REDACTED]
trasferiamo in data odierna presso la Casa di Cura Salus I° Piano il Suo assistito, ricoverato in regime d'urgenza in data 15/11/2018, con la diagnosi di: "Ischemia acuta arto inferiore sinistra da aneurisma dell'arteria poplitea sinistra. Duplice ulcera perforata della I° e II° porzione duodenale e dell'antro gastrico con coleperitoneo, peritonite acuta diffusa a tutti i quadranti addominali e sindrome visceroadesiva. Shock settico e colite da clostridium difficile. Shock emorragico da sanguinamento massivo dell'anastomosi gastro-digiunale. Trombosi delle vene gemellari mediali sinistre".

In anamnesi si segnala: appendicectomia, ipertensione arteriosa, ricovero a Gennaio 2018 per vasta ulcera bulbare duodenale con sospetta perforazione coperta e coinvolgimento pancreatico, trattata conservativamente; aneurisma critico aorto-bisiliacotrattato con impianto di graft aorto-bisiliaco ed embolizzazione dell'arteria ipogastrica destra.
Nega farmacoallergie.



TC TORACE E ADDOME COMPLETO SENZA E CON CONTRASTO

Esame eseguito senza e con introduzione per via endovenosa di m.d.c. e dopo introduzione di mezzo di contrasto idrosolubile diluito attraverso sondino nasogastrico.

Esiti di pregresso intervento chirurgico di gastroresezione con anastomosi gastro-digiunale ad omega, colecistectomia e posizionamento di tubo a T di Kehr.

Nel contesto del moncone gastrico si apprezza voluminosa formazione (14 x 11 cm) a struttura tomodensitometrica disomogenea, con aree ipercogene senza m.d.c. e compatibile verosimilmente con ematoma organizzato o voluminoso coagulo intraluminale nel cui contesto sembra apprezzarsi un blush contrastografico arterioso sul versante caudale come da sanguinamento in atto.

Presenza di tubi di drenaggio chirurgici con decorso anteriormente e lateralmente al fegato.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI FERRARA ARCISPEDALE S. ANNA

N° Progressivo 671

Blocco Operatorio B0 - BLOCCO 9		Sala Operatoria 4 - SALA 4		
Specialità Chirurgica 1B1 - CHIR.D'URG. - 1B1 - CHIRURGIA D'URGENZA		Data Intervento 29/11/2018	Nosografico N°. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Reparto Degenza
Cognome <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Nome <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		Sesso M	Data Nascita <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
			Età 77 ANNI	

Diagnosi Operatoria 785.50 - SHOCK NON SPECIFICATO
 V45.3 - PRESENZA POSTCHIRURGICA DI ANASTOMOSI O DERIVAZIONE
 INTESTINALE
 531.20 - ULCERA GASTRICA ACUTA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, SENZA
 MENZIONE DI OSTRUZIONE

Shock Emorragico in recente gastroresezione per sanguinamento dell'ananstomosi gastrodigiunale.

Tipo di Intervento CHGEN23 - LAPAROTOMIA ESPLORATIVA

Relaparotomia esplorativa, gastrotomia, evacuazione di ematoma intragastrico, emostasi endoscopica mediante clips e ponfo adrenalico del terzo medio posteriore dell'anastomosi.

LAPAROTOMIA ESPLORATIVA	ICD-9-CM 54.11
GASTROTOMIA	ICD-9-CM 43.0
CONTROLLO ENDOSCOPICO DI SANGUINAMENTO GASTRICO O DUODENALE	ICD-9-CM 44.43
ALTRI INTERVENTI SULLO STOMACO	ICD-9-CM 44.99
DIGIUNOSTOMIA [ENDOSCOPICA] PERCUTANEA [PEJ]	ICD-9-CM 46.32

Anestesia GENERALE

OPERATORI

1° Chirurgo ANDREOTTI DARIO, OCCHIONORELLI SAVINO





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

Arcispedale S. Anna
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
DIP. DI MEDICINA

3018360583

REFERTO

29.11.2018

DATA ACCETTAZIONE

GA-01 (56) AMB. GASTROSCOP.1 C.ENDOSCOPIA - CONA

A0211889

CODICE U.O.

PAZIENTE ESTERNO

PROVENIENZA

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

[REDACTED]

NOME E COGNOME

[REDACTED]

LUOGO E DATA DI NASCITA

[REDACTED]

INDIRIZZO

M

SESSO

[REDACTED]

CODICE FISCALE

0

TELEFONO

PRESTAZIONI EROGATE

EGDS (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA)

EMOSTASI CON CLIPS

REFERTO

Motivo esame: EMORRAGIA POST-INTERVENTO DI GASTRORESEZIONE (EGDS IN URGENZA LIMITATA DALLA PRESENZA DI COAGULI)

ANESTESIA GENERALE - ESAME INTRAOPERATORIO

Referto:

ESAME ESEGUITO INTRAOPERATORIAMENTE DOPO ASPORTAZIONE DA PARTE DEL CHIRURGO (DOTT.OCCHIONORELLI) DEI COAGULI IN STOMACO E RIMOZIONE DEL SONDINO NASO-GASTRICO.

ESOFAGO SENZA PATOLOGIA DI RILIEVO. MONCONE GASTRICO ESPLORATO DOPO CHIUSURA DELL'ACCESSO CHIRURGICO CON RISCONTRO IN CORRISPONDENZA DELL'ANASTOMOSI GASTRO-DIGIUNALE SUL VERSANTE DELLA PARETE POSTERIORE DI AREA ULCERATA CON VASO VISIBILE (SEGNO DI SANGUINAMENTO RECENTE): SI ESEGUE INIEZIONE DI ADRENALINA E SOLUZIONE FISILOGIA 1/20.000 19 CC E SI POSIZIONANO 4 CLIP METALLICHE. SI ESPLORANO LE ANSE AFFERENTE ED EFFERENTE SENZA EVIDENZIARE PATOLOGIA DI RILIEVO. nON SI EVIDENZIANO ALTRE FONTI DI SANGUINAMENTO NEI TRATTI ESPLORATI.

Conclusioni:

QUADRO ENDOSCOPICO ULCERAZIONE DELL'ANASTOMOSI CON SEGNO DI SANGUINAMENTO RECENTE (VASO VISIBILE); ESEGUITA EMOSTASI ENDOSCOPICA.

Complicanze precoci; nessuna.

REFERTO



Difficoltà del Chirurgo in Sala Operatoria:

- Il rischio aumenta notevolmente se assumono antiaggreganti (31% con un antiaggregante, 47% con due antiaggreganti) (Aoki T. 2015)
- Il tasso di ri-sanguinamento in caso di interventi mirati è del 35%.
- Una resezione segmentaria senza un origine certa del sanguinamento ha una percentuale di risanguinamento del 75% (necessario eseguire prima Angio Tc o angiografia)

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

DOMANDE ???!!

memecrunch.com