

## Semeiotica strumentale gastroenterologica e biliopancreatica

### RIASSUNTO

---

Le patologie dell'apparato digerente superiore si caratterizzano per una considerevole varietà e aspecificità di sintomi che hanno un significativo impatto sulla qualità di vita e di relazione del paziente. Sintomi attribuibili al tratto gastro-enterico superiore vengono riferiti nel 10-30% della popolazione occidentale e rappresentano un'importante causa di ricorso a visite ambulatoriali e al pronto soccorso ospedaliero con relativo aggravio della spesa sanitaria.

Negli ultimi decenni, grazie all'identificazione e al trattamento antibiotico dell'infezione da *Helicobacter Pylori*, si è verificato un progressivo calo di incidenza della patologia gastro-duodenale (ulcera peptica e carcinoma gastrico) e il consensuale incremento della patologia esofagea (malattia da reflusso gastroesofageo, esofago di Barrett, adenocarcinoma).

In questo scenario in continua evoluzione, la semeiotica clinica continua a rivestire un ruolo di primo piano nell'orientamento diagnostico e nella scelta dei più appropriati esami laboratoristici, radiologici ed endoscopici necessari sia per formulare una diagnosi definitiva che per impostare l'opportuna terapia medica e/o chirurgica.

Il raccordo anamnestico del paziente assume una particolare rilevanza nella patologia esofago-gastro-duodenale. Anche l'esame obiettivo, confortato dalle moderne tecniche di immagine, continua ad avere un ruolo fondamentale soprattutto nelle patologie acute di interesse chirurgico.

Questo capitolo si pone l'obiettivo di fornire al discente gli elementi di semeiotica fisica, laboratoristica e strumentale necessari per una corretta diagnosi differenziale nel paziente con patologia dell'apparato digerente superiore.

### URGENZE ENDOSCOPICHE

---

Vi sono alcune condizioni morbose dell'apparato gastrointestinale che richiedono l'esecuzione di un esame endoscopico in regime di urgenza-emergenza. L'indicazione ad un'endoscopia di urgenza-emergenza può riguardare sia il tratto digestivo superiore, sia il tratto digestivo inferiore, sia il distretto biliare.

Al fine di semplificare la trattazione, analizzeremo i distretti separatamente, definendo però prima con chiarezza i concetti di emergenza e urgenza endoscopica.

*Emergenza*: condizione morbosa che richiede l'esecuzione di un esame endoscopico tra le 2 le 6 ore dall'inizio dell'evento.

*Urgenza*: condizione morbosa che richiede l'esecuzione di un esame endoscopico entro 24 ore.

*Urgenza differibile*: condizione morbosa che richiede l'esecuzione di un esame endoscopico entro 48-72 ore.

## URGENZE-EMERGENZE ENDOSCOPICHE NEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE

---

### *Sanguinamenti digestivi superiori, varicosi e non varicosi*

I sanguinamenti digestivi superiori sono associati ad una elevata morbilità e mortalità (tasso di mortalità 3-14%), soprattutto nella popolazione anziana e rappresentano la più comune causa di urgenza-emergenza endoscopica. Le condizioni morbose più frequentemente determinanti emorragia digestiva superiore sono quelle non varicose e tra queste: ulcere peptiche (28-59% dei casi), malattia erosiva dell'esofago, dello stomaco o del duodeno (1-47%), sindrome di Mallory-Weiss, ossia una lacerazione longitudinale della mucosa a livello della giunzione esofago-gastrica indotta da conati di vomito (4-7%), neoplasie maligne (2-4%), altre cause (2-7%), non identificata (7-25%). Il sanguinamento da varici esofagee o gastriche rappresenta, invece, la causa più comune di sanguinamento digestivo superiore (50-60% dei casi) nei pazienti affetti da cirrosi epatica, in particolare in quelli con malattia scompensata. Un dato epidemiologico rilevante inerente la malattia peptica è che circa il 50% dei pazienti con ulcera sanguinante ha infezione cronica da *Helicobacter Pylori*, la cui presenza dovrebbe, dunque, essere testata ed in caso di positività dovrebbe essere raccomandata una antibiotico-terapia eradicante. Nell'approccio al paziente emorragico è fondamentale la valutazione del quadro clinico generale del paziente con particolare riguardo alla situazione emodinamica. L'obiettivo primario è cercare di ottenere una stabilizzazione emodinamica, ripristinando una adeguata volemia sia mediante infusione di fluidi cristalloidi, sia mediante emotrasfusioni. Una Esofago-gastro-duodenoscopia in emergenza va effettuata in pazienti ad "alto rischio", ossia: con ematemesi franca o sangue nel sondino naso-gastrico, con sanguinamento di sospetta origine varicosa, con segni di instabilità emodinamica persistente nonostante tentativi di correzione, in caso di concomitante terapia anticoagulante in atto e controindicazione cardiologica alla sospensione. Nei restanti casi in linea di massima l'esame endoscopico va eseguito in regime di urgenza, vale a dire entro le 24 ore. L'endoscopia ha una finalità naturalmente non solo diagnostica, ma anche terapeutica, consentendo l'esecuzione dell'emostasi della lesione attivamente sanguinante. Esistono 3 modalità di emostasi, che possono essere utilizzate da sole o in combinazione: iniettiva, che consiste appunto nell'iniezione nella sede del sanguinamento di adrenalina, con l'obiettivo di ridurre la portata del sanguinamento stesso, o agenti sclerosanti e colle tissutali; meccanica, realizzata mediante il posizionamento di clips emostatiche; termica, che si avvale dell'utilizzo di tecniche diatermo-coagulative per contatto mediante sonde o pinze bipolari e monopolari e tecniche diatermo-coagulative "senza contatto" (coagulazione mediante gas argon ionizzato). Le tre medesime tecniche sono utilizzate anche per i sanguinamenti digestivi inferiori. Discorso a parte per i sanguinamenti varicosi, per i quali l'emostasi si

effettua, nel caso di varici esofagee, mediante apposizione di lacci elastici attorno al cordone varicoso (legatura elastica), nel caso di varici gastriche mediante iniezione di colle tissutali (cianoacrilato).

### ***Ingestione di corpi estranei***

L'ingestione di corpi estranei, sia accidentale che volontaria e l'arresto dei boli alimentari sono eventi piuttosto comuni. La maggior parte delle ingestioni accidentali occorre nei bambini; l'ingestione volontaria è, invece, più comunemente osservata negli adulti con disturbi psichiatrici e nei detenuti. Il bolo alimentare occorre più frequentemente negli adulti e può essere più o meno associato a patologie che compromettano la motilità esofagea (esofagite eosinofila, acalasia esofagea e altri disturbi motori dell'esofago). La maggior parte dei corpi estranei (80-90%) ingeriti transita spontaneamente attraverso il tratto gastrointestinale e viene quindi eliminata con le feci; solo nel 10-20% dei casi è richiesta una procedura endoscopica atta alla rimozione dello stesso; fortunatamente in meno dell'1% dei casi si rende necessario l'intervento chirurgico. I corpi estranei e i boli alimentari in esofago sono quasi sempre sintomatici. I sintomi più comuni sono rappresentati da disfagia, dolore retrosternale, ipersalivazione e inability a deglutire, mal di gola, sensazione di corpo estraneo. Le attuali linee guida in materia considerano un'emergenza endoscopica la presenza in esofago di un corpo estraneo acuminato, di una batteria "a disco" (elevato rischio di necrosi tissutale trasmurale e perforazione del viscere), di un corpo estraneo che determina sintomi di ostruzione completa. Nella quasi totalità delle altre condizioni l'esame endoscopico del tratto digestivo superiore va effettuato in regime di urgenza. Sono essenzialmente due le eccezioni: la presenza di corpi estranei non vulneranti di diametro inferiore ai 2,5 cm e lunghezza inferiore ai 5 cm in cavità gastrica ed il "*body packing*", ossia l'occultamento intracorporeo (mediante ingestione o inserimento endoretale) di sostanze stupefacenti impacchettate in palloncini o "condom" di lattice ai fini del trasporto illegale. Nel primo caso può essere adottata una strategia non interventistica, con osservazione clinica e rimozione endoscopica soltanto in caso di permanenza dell'oggetto oltre le 3-4 settimane. Nei "*body packers*", invece, l'approccio endoscopico non va in nessun caso considerato in relazione al rischio di rottura e intossicazione fatale.

### ***Ingestione di caustici***

La terza condizione che può richiedere l'esecuzione di un esame endoscopico in urgenza è l'ingestione di caustici. I caustici sono sostanze corrosive, sia a pH acido che a pH basico. L'ingestione può essere volontaria, generalmente a scopo suicidario o involontaria (tipica dei bambini o degli adulti con disturbi neuropsichiatrici). In questa ultima evenienza la quantità di caustico ingerita è generalmente modesta e questo determina un minor rischio di complicanze. Ad eccezione dei casi di ingestione di caustici a lenta espressività patogenetica (essenzialmente l'ipoclorito di sodio, ossia la candeggina) per i quali è preferibile ritardare l'esecuzione dell'esame endoscopico oltre le 24 ore per una migliore accuratezza diagnostica, l'esofago-gastro-duodeno-scopia va effettuata in queste situazioni in regime di urgenza. Dato il rischio di perforazione dei visceri venuti a contatto con il caustico, è in tutti i casi necessario prima di procedere all'indagine endoscopica, l'esecuzione di esami radiologici volti ad escludere la perforazione stessa (Rx torace + diretta addome). Il ruolo dell'endoscopia è eminentemente prognostico, nel senso che mira ad identificare, in base al tipo e all'entità delle lesioni della mucosa (i quadri severi sono quelli caratterizzati dalla presenza di diffuse

ulcerazioni e fenomeni di necrosi), i pazienti con rischio consistente di perforazione del viscere, i quali andranno pertanto indirizzati ad una chirurgia in urgenza.

## URGENZE-EMERGENZE ENDOSCOPICHE NEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE

---

### *Sanguinamenti digestivi inferiori*

Vengono così definiti i sanguinamenti del tratto gastrointestinale che originano da una fonte posta a valle del legamento di Treitz. La manifestazione clinica più frequente dei sanguinamenti acuti è l'emissione di sangue rosso dall'ano (rettorragia). Poiché circa il 15% dei pazienti con un sanguinamento digestivo inferiore clinicamente presunto ha in realtà un sanguinamento digestivo superiore, nei casi di sanguinamenti severi, ossia con importante anemizzazione, dovrebbe essere dapprima eseguito un esame endoscopico del tratto digestivo superiore.

Le più comuni cause e/o fonti di sanguinamento digestivo inferiore sono: i diverticoli (**Figura QR23.1**), la colite ischemica, le malformazioni vascolari, i sanguinamenti ritardati post-polipectomia. Altre fonti meno comuni sono i sanguinamenti emorroidari, le malattie infiammatorie croniche intestinali, le neoplasie. Nei sanguinamenti digestivi inferiori acuti, la colonscopia rappresenta l'esame di riferimento sia da un punto di vista diagnostico sia da un punto di vista terapeutico. Il "goal" della colonscopia è identificare la fonte del sanguinamento ed eseguire l'emostasi mediante le stesse tecniche già descritte per i sanguinamenti digestivi superiori. La colonscopia deve essere eseguita previa preparazione intestinale somministrata per os, qualora il paziente sia poco collaborativo, tramite sondino naso-gastrico. Una adeguata toilette intestinale migliora la capacità diagnostica dell'esame endoscopico e diminuisce il rischio di complicanze (perforazione)

I sanguinamenti digestivi inferiori rappresentano di norma una urgenza endoscopica, per cui la colonscopia va eseguita generalmente entro le 24 ore.

### *Occlusioni intestinali secondarie a neoplasie coliche*

Le occlusioni intestinali secondarie a processo neoplastico del colon possono rappresentare una ulteriore indicazione ad un esame endoscopico urgente. Il razionale è quello di



**Figura QR23.1** Malattia diverticolare del colon.

evitare il ricorso alla chirurgia d'urgenza mediante il posizionamento per via endoscopica di una protesi metallica auto-espansibile a cavallo della stenosi neoplastica. Difatti mentre la chirurgia elettiva del colon è considerata una procedura sicura ed efficace, l'intervento chirurgico urgente sul distretto colo-rettale è gravato da una consistente morbilità e mortalità. La risoluzione del quadro di occlusione intestinale mediante posizionamento di uno stent colico rappresenta in questo caso una strategia terapeutica "ponte" verso l'intervento chirurgico elettivo.

## URGENZE-EMERGENZE ENDOSCOPICHE DEL DISTRETTO BILIO-PANCREATICO

---

### *Colangite acuta*

La colangite acuta è causata da un'ostruzione al deflusso della bile dal fegato in duodeno e dalla conseguente sovra-infezione batterica. Da un punto di vista clinico si manifesta con maggior frequenza con i seguenti segni/sintomi: dolore addominale tipo colica biliare, febbre con brivido e ittero. Nelle forme severe compaiono segni di impegno sistemico del processo infettivo/inflammatorio. La causa più comune di colangite acuta è rappresentata dalla calcolosi della via biliare principale. La colangite acuta, specie nelle forme severe, rappresenta una indicazione assoluta alla esecuzione di una colangio-pancreatografia retrograda endoscopica (CPRE), in linea di massima da eseguire in regime di urgenza (entro le 24 ore). La CPRE ha come finalità quella del drenaggio biliare, ossia del ripristino di un normale deflusso della bile in duodeno, che si ottiene, a seconda dell'eziologia della stessa, mediante l'esecuzione di una sfinterotomia e la successiva rimozione completa dei calcoli o il posizionamento di un sondino naso-biliare o di una protesi biliare (entrambi a by-pass della causa ostruente, qualunque essa sia).

### *Pancreatite acuta biliare*

La pancreatite acuta biliare è determinata dalla migrazione di calcoli o fango biliare dalla colecisti alla via biliare principale e dal loro impattamento a livello della via biliare principale con conseguente ostruzione temporanea al deflusso di bile e/o succo pancreatico. Vi è ampio consenso in letteratura sul fatto che la CPRE con sfinterotomia biliare e rimozione dei calcoli endoduttali vada eseguita in regime di urgenza qualora concomitino segni di colangite, entro le 48-72 ore quando alla pancreatite acuta non sia associata la colangite.

### *Fistola biliare post-chirurgia delle vie biliari e post-traumatica*

La CPRE rappresenta il trattamento di prima linea delle fistole biliari siano esse determinate da interventi chirurgici sulle vie biliari o da traumi al fegato. Le fistole biliari di più comune riscontro sono quelle post-colecistectomia laparoscopica, secondarie o ad una lesione iatrogena delle vie biliari o a "leaks (perdite)" che si generano dal moncone del dotto cistico. Il timing della CPRE per questa condizione morbosa non è assolutamente standardizzato. Sebbene alcuni endoscopisti e chirurghi la considerino una urgenza, il timing della CPRE rimane controverso e vi sono evidenze scientifiche secondo le quali il trattamento endoscopico può essere differito ed eseguito, dunque, entro 48-72 ore senza che questo infici l'outcome (il risultato) del paziente ed il successo della procedura.

## Complicanze

Essendo la CPRE una procedura endoscopica complessa, quasi alla pari di un intervento chirurgico vero e proprio, è gravata dalla possibile insorgenza di complicanze. Queste possono essere divise in intraprocedurali e post-procedurali.

Le complicanze *intraprocedurali* sono:

- *emorragie* (circa 1,5% dei casi): Nella maggior parte dei casi esse sono secondarie a sfinterotomia e vengono controllate il più delle volte endoscopicamente mediante iniezione sottomucosa di adrenalina diluita con soluzione fisiologica, cauterizzazione elettrica mediante particolari strumenti o con posizionamento di clips endoscopiche. Pochi sono i casi che richiedono l'intervento del radiologo interventista per la risoluzione della complicanza. Talvolta l'emorragia post-sfinterotomia può verificarsi anche parecchie ore dopo la procedura e in quel caso è richiesto un reintervento endoscopico per trattarla;
- *perforazioni* (circa 0,5% dei casi): anche questo tipo di complicanza è nella maggior parte dei casi secondaria a sfinterotomia; altra condizione che aumenta il rischio di perforazione è l'alterata anatomia, come ad esempio nei pazienti gastrossectati. A seconda del tipo di perforazione (retroperitoneale o intraperitoneale), del quadro clinico del paziente dopo l'insorgenza della complicanza e dell'andamento degli esami ematochimici, la gestione può essere conservativa (endoscopica o osservazione clinica) o chirurgica.

Le complicanze *post-procedurali* sono:

- *pancreatite acuta post-CPRE* (circa 3,5% dei casi): è la complicanza più frequente della CPRE ed è dovuta sia alla presenza di particolari fattori di rischio (giovane età, sesso femminile, pregresse CPRE), sia al tipo di trattamento effettuato. A seconda dell'andamento degli esami ematochimici e delle condizioni cliniche del paziente, il trattamento può essere conservativo (terapia medica) o chirurgico. Per ridurre il rischio di pancreatite acuta post-CPRE prima di iniziare la procedura al paziente viene somministrata una supposta di diclofenac sodico e viene talvolta posizionata durante la procedura una protesi pancreatica plastica al fine di facilitare lo svuotamento del dotto pancreatico;
- *colangite/colecistite* (circa 0,5% dei casi): è una complicanza dovuta nella maggior parte dei casi allo scarso deflusso del mezzo di contrasto dalla via biliare dopo la procedura. Per ridurre il rischio di sviluppare una infezione post-procedurale viene eseguita profilassi antibiotica prima della CPRE. Pertanto, essendo una procedura endoscopica complessa non scevra da complicanze si devono attuare tutti gli accorgimenti per prevenirle e si devono fare proprie tutte le tecniche per la gestione delle stesse.

## AUTOVALUTAZIONE

---

1. **La Esofagogastroduodenoscopia è indicata per:**
  - a. lo studio delle vie biliari
  - b. per il follow-up dei pazienti affetti da sindrome dell'intestino irritabile
  - c. per indagare i principali sintomi del tratto digestivo superiore
  - d. per valutare la motilità esofagea
2. **L'esofago di Barrett è:**
  - a. la presenza di metaplasia enteroide completa a livello dell'esofago distale
  - b. la presenza di metaplasia enteroide incompleta a livello dell'esofago distale
  - c. la presenza di metaplasia enteroide con displasia a livello dell'esofago distale
  - d. la presenza di displasia a livello dell'esofago cervicale
3. **La CPRE è:**
  - a. sempre indicata in caso di ittero
  - b. l'esame di scelta per la diagnosi delle patologie biliopancreatiche
  - c. indicata nelle calcolosi coledociche, nell'ittero ostruttivo da stenosi delle vie biliari e nella terapia endoscopica della pancreatite cronica
  - d. una procedura che richiede l'utilizzo di un ecografo
4. **La colonscopia urgente andrebbe eseguita:**
  - a. senza eseguire alcuna preparazione intestinale
  - b. in caso di occlusioni da stenosi neoplastiche del colon
  - c. in caso di melena
  - d. in caso di diverticolite acuta
5. **L'esofagogastroduodenoscopia in emergenza va eseguita:**
  - a. entro le 48 ore
  - b. nei pazienti con anemia cronica
  - c. nei casi di ingestione di ipoclorito di sodio
  - d. nei pazienti con ematemesi franca
6. **La colonscopia diagnostica è generalmente controindicata:**
  - a. anemia sideropenica di origine sconosciuta
  - b. sanguinamento gastrointestinale manifesto
  - c. diverticolite acuta
  - d. malattie infiammatorie croniche intestinali
7. **La videocapsula endoscopica è una metodica che consente:**
  - a. lo studio del piccolo intestino
  - b. l'esecuzione di campionamenti biotipici
  - c. lo screening per il cancro del colon
  - d. tutte le precedenti

*Risposte esatte: 1/c - 2/a - 3/c - 4/b - 5/d - 6/c - 7/a*

## BIBLIOGRAFIA

---

- Testoni PA, Mariani A, Aabakken L, Arvanitakis M, Bories E, Costamagna G, Devière J, Dinis-Ribeiro M, Dumonceau JM, Giovannini M, Gyokeres T, Hafner M, Halttunen J, Hassan C, Lopes L, Papanikolaou I, Tham TC, Tringali A, van Hooft J, Williams E. Papillary cannulation and sphincterotomy techniquesat ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016 Jul;48(7):657-83. doi: 10.1055/s-0042-108641. Epub 2016 Jun 14.
- Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, Bhandari P, Dumonceau JM, Paspatis G, Jover R, Langner C, Bronzwaer M, Nalankilli K, Fockens P, Hazzan R, Gralnek IM, Gschwantler M, Waldmann E, Jeschek P, Penz D, Heresbach D, Moons L, Lemmers A, Paraskeva K, Pohl J, Ponchon T, Regula J, Repici A, Rutter MD, Burgess NG, Bourke MJ. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2017 Mar;49(3):270-297.
- Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C, Baglin TP, Smith LA, Radaelli F, Knight E, Gralnek IM, Hassan C, Dumonceau JM. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. *Endoscopy*. 2016 Apr;48(4):c1. doi: 10.1055/s-0042-122686.
- Pennazio M, Spada C, Eliakim R, Keuchel M, May A, Mulder CJ, Rondonotti E7, Adler SN, Albert J, Baltes P, Barbaro F, Cellier C1, Charton JP, Delvaux M, Despott EJ, Domagk D, Klein A, McAlindon M, Rosa B, Rowse G, Sanders DS, Saurin JC, Sidhu R, Dumonceau JM, Hassan C, Gralnek IM. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2015 Apr;47(4):352-76. doi: 10.1055/s-0034-1391855. Epub 2015 Mar 31.