P.O. 02

PROTOCOLLO DEL GASTROGRAFIN TEST NELL'OCCLUSIONE DELL'INTESTINO TENUE SU BASE ADERENZIALE

FASI	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDATTO	Dott.ssa M. Pucciarelli	Dirigente medico U.O. Chirurgia d'urgenza	6/10/16	
APPROVATO	Prof. M. Chiarugi	Direttore U.O. Chirurgia d'urgenza	7/10/16	
	Dott.ssa E. Floriani	Coord. inferm. U.O. Chirurgia d'Urgenza	7/10/16	
EMESSO	Dott. S. Giuliani	Direttore ff U.O. Accreditamento e Qualità	7/10/16	

Il presente protocollo è stato elaborato a cura di:

- Dott.ssa Marsia Pucciarelli, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Luigi Cobuccio, dottorato di ricerca in Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Christian Galatioto, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Dario Tartaglia, dottorato di ricerca in Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Adolfo Puglisi, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Matteo Modesti, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Andrea Bertolucci, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Ismael Cengeli, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza

Con la collaborazione della dott.ssa Federica Marchetti, IFC U.O. Accreditamento e Qualità e della dott.ssa Maria Carola Martino, dirigente medico U.O. Igiene ed Epidemiologia - UGIRCC

Revisionato a cura di:

- Prof. Massimo Chiarugi, direttore U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Eugenio Orsitto, direttore DEA e U.O. Radiodiagnostica PS
- Dott. Massimo Santini, direttore U.O. Medicina d'Urgenza e PS
- Dott. Paolo Malacarne, direttore U.O. Anestesia e rianimazione PS
- Dott.ssa Elena Floriani, coordinatore infermieritsico U.O. Chirurgia d'Urgenza

La U.O. Accreditamento e Qualità, in ottemperanza alla P.A. 01: "Gestione documentazione qualità", ha provveduto ad effettuare:

- la verifica di conformità (requisiti attesi, codifica, congruità con la documentazione aziendale esistente);
- la convalida e l'emissione (responsabilità, approvazione, definizione lista di distribuzione);
- la distribuzione e la conservazione.

INDICE

1. PREMESSA 4
2. SCOPO ED OBIETTIVI 4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 4
4. RESPONSABILITÀ 4
5. ABBREVIAZIONI UTILIZZATE 5
6. MODALITÀ OPERATIVE 5
6.1 Gestione del paziente presso il PS 5
6.2 Gestione del paziente eleggibile al trattamento Gastrografin Test presso la U.O. Chirurgia d'urgenza o altro reparto 5
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO 7
8. INDICATORE/I PER EVIDENZA APPLICAZIONE PROTOCOLLO 7
9. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ 8
10. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI 8

1. PREMESSA

Nei paesi industrializzati, il 70-80% dei casi di ostruzione dell'intestino tenue è causato dalla formazione di aderenze intraperitoneali, come risultato di procedure chirurgiche laparotomiche o laparoscopiche nella maggior parte dei casi. Nota nella letteratura internazionale con l'acronimo ASBO (*Adhesive Small Bowel Obstruction*), rappresenta una delle patologie più comuni nei dipartimenti di emergenza e accettazione, nonché una temuta complicanza della chirurgia addominale. Si stima che il 15% delle ammissioni ospedaliere per dolore addominale sia dovuto ad un quadro di occlusione intestinale e in più del 75% dei casi la sede dell'ostruzione è a livello dell'intestino tenue. In assenza di segni suggestivi di peritonite o ischemia intestinale in valutazione iniziale e secondaria, il paziente viene ammesso presso la nostra degenza e sottoposto a trattamento medico conservativo tradizionale (basato sulla rianimazione mediante il reintegro idro-elettrolitico per via endovenosa, il controllo del vomito e del dolore e la continua rivalutazione clinica e laboratoristica), implementato dal Gastrografin Test, secondo un protocollo standardizzato.

- La nostra struttura presenta una casistica annua di circa 120 ricoveri per occlusione del tenue su base aderenziale.

2. SCOPO ED OBIETTIVI

La presente procedura intende garantire la gestione ottimale del paziente con occlusione intestinale su base aderenziale che afferisce al D.E.A. della A.O.U.P.
In particolare gli obiettivi che si intendono garantire sono:

- corretta e precoce identificazione dei pazienti eleggibili
- corretta presa in carico del paziente dai diversi setting assistenziali
- standardizzare l'utilizzo del gastrografin nel trattamento conservativo di questi pazienti
- riduzione del ricorso a trattamenti chirurgici in prima istanza con possibili complicanze, in particolare di lesioni iatrogene a carico delle anse intestinali.
- riduzione della durata media di degenza
- riduzione dei costi sanitari

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo deve essere applicato dal personale medico ed infermieristico dell'U.O. Chirurgia di Urgenza ogni qualvolta vi sia la necessità di gestire un paziente con occlusione dell'intestino tenue su base aderenziale, eleggile per tale trattamento, ricoverato presso la U.O. Chirurgia di Urgenza della A.O.U.P.

4. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità delle singole attività verranno indicate di volta in volta nelle varie fasi.

5. ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

ASBO	Adhesive small bowel obstruction
SNG	Sondino naso-gastrico

6. MODALITÀ OPERATIVE

6.1 Gestione del paziente presso il PS

I pazienti che giungono al PS con quadro clinico di sospetta occlusione intestinale vengono inizialmente valutati dal medico di PS, il quale, come definito nella PA 70 "DEA: Percorso del paziente chirurgico in emergenza e urgenza afferente alla U.O. Chirurgia d'urgenza Univ.", procede alla prescrizione della diagnostica (imaging e laboratoristica) necessaria.
In questa fase, se necessario, il medico di PS predispone il posizionamento precoce di sondino naso gastrico ed il posizionamento di una via venosa d'accesso per il reintegro idroelettrolitico.
Nel caso in cui la diagnostica eseguita confermi il sospetto di occlusione intestinale del tenue, il medico di PS attiva immediatamente la consulenza chirurgica attraverso la chiamata su teledrin del medico di guardia della U.O. Chirurgia d'urgenza. L'ulteriore approfondimento diagnostico prevede l'esecuzione della TC Addome con mezzo di contrasto, previo inserimento del sondino naso-gastrico.
Il chirurgo, confermata la diagnosi di occlusione intestinale ed esclusi quadri di peritonite o possibile ischemia intestinale, predispone, in accordo con il medico di PS, il ricovero nel reparto di chirurgia o in quello di medicina in base al quadro clinico ed alla disponibilità dei posti letto.

6.2 Gestione del paziente eleggibile al trattamento Gastrografin Test presso la U.O. Chirurgia d'urgenza o altro reparto

Una volta che il paziente è giunto in reparto, il personale medico ed infermieristico iniziano l'iter di preparazione per il trattamento Gastrografin Test che prevede:

- somministrazione di 100 ml di Gastrografin attraverso il sondino naso gastrico, a distanza di almeno 3-6 ore dal suo posizionamento e comunque dopo un' ulteriore aspirazione manuale (in modo da assicurare una completa detensione gastro-digiunale).
- chiusura del sondino nasogastrico per almeno 2-3 ore (o fino all'eventuale insorgenza di nausea o vomito)
- Il medico in accordo con il radiologo della U.O. Radiodiagnostica del P.S. procede alla programmazione seriata di radiografie dell'addome.
  - La prima radiografia viene eseguita **6-8 ore** dopo la somministrazione del Gastrografin: se il mezzo di contrasto idrosolubile ha raggiunto il cieco, il test ha avuto **esito favorevole**; il paziente viene quindi rialimentato con dieta liquida e il sondino nasogastrico rimosso.
  - Qualora il Gastrografin non abbia raggiunto il cieco, il sondino nasogastrico viene mantenuto in sede e aperto e si esegue un'ulteriore radiografia **a 24 ore** dalla somministrazione del Gastrografin: se il mezzo di contrasto non ha raggiunto il cieco, il test viene considerato fallito e pone indicazione all'esplorazione chirurgica del paziente.
  - Qualora, dopo esito inizialmente positivo del test del Gastrografin, si ripresenti, nelle ore o nei giorni successivi, un quadro clinico suggestivo di occlusione (distensione addominale associato a chiusura dell'alvo a feci e gas), si propende per l'intervento chirurgico.
  -

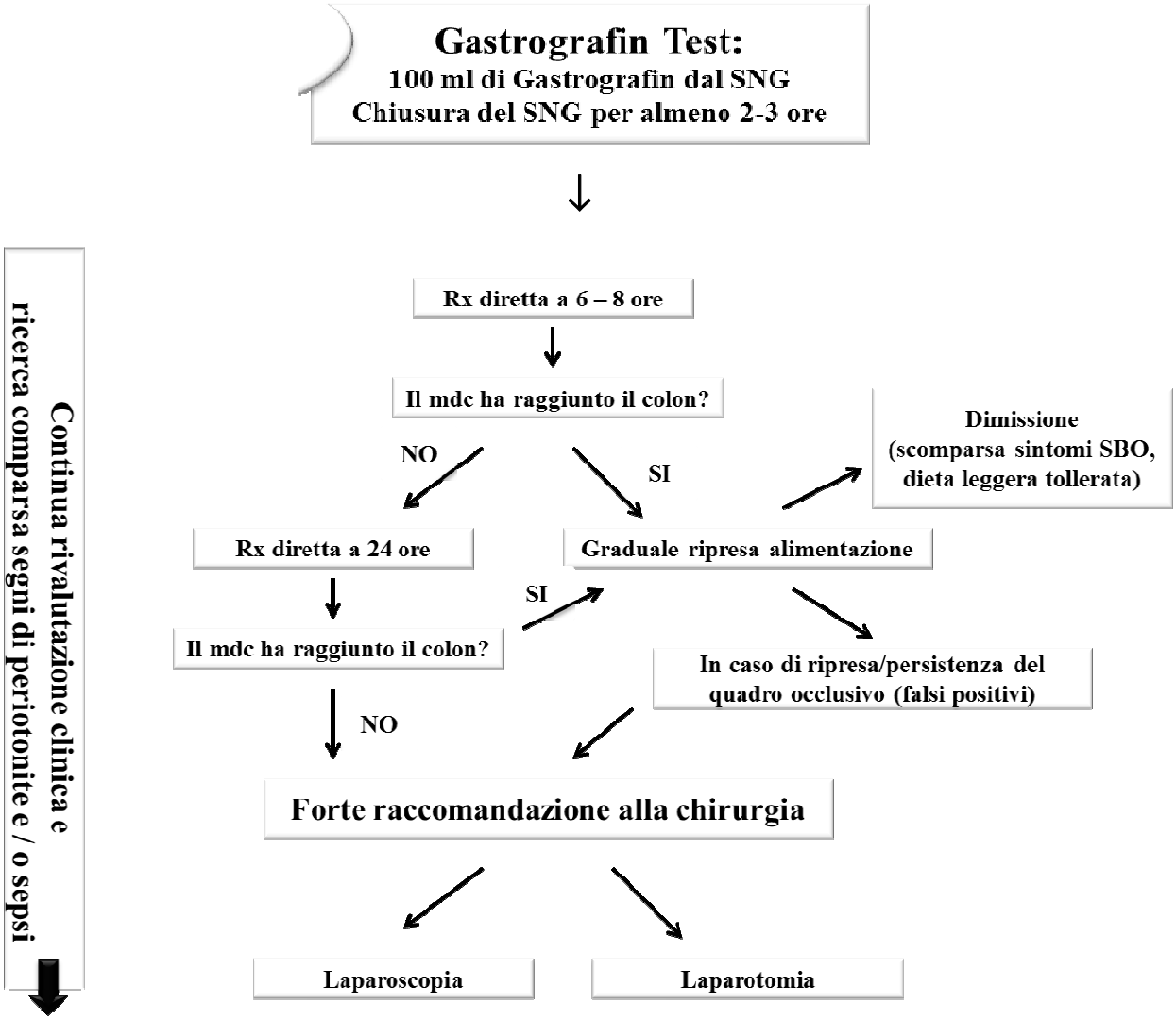
- La completa risoluzione del quadro occlusivo e quindi la dimissibilità del paziente richiede:
  - la scomparsa dei sintomi e segni di occlusione,
  - la pervietà dell'alvo a feci e gas
  - la completa rialimentazione del paziente.

L'attivazione del protocollo del Gastrografin Test prevede **una stretta valutazione clinica** del paziente attraverso esami obiettivi seriati allo scopo di riconoscere precocemente il sopraggiungere di segni suggestivi di ischemia intestinale o di mancata risoluzione del quadro occlusivo:

- l'intensificarsi del dolore addominale
- la comparsa di peritonite
- la comparsa di febbre
- la persistenza del vomito
- il mancato raggiungimento del Gastrografin nel colon dopo 24 ore dalla sua somministrazione

La comparsa di tali segni/sintomi viene considerata indicazione alla chirurgia con conseguente interruzione del protocollo e attivazione del percorso chirurgico.

7. DIAGRAMMA DI FLUSSO



8. INDICATORE/I PER EVIDENZA APPLICAZIONE PROTOCOLLO

- Prescrizione di gastrografin e sua somministrazione, come da protocollo sopra descritto, rilevabile dalla STU
  Standard: 90% nei pazienti eleggibili

- Esecuzione seriata sec. Protocollo di Rx diretta dell'addome dopo l'assunzione di Gastrografin (vedi diagramma di flusso)
  Standard: 100% nei pazienti elegibili

9. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ

L'aggiornamento del presente protocollo è consequenziale al mutamento delle norme nazionali, regionali o etico-professionali o in occasione di mutamenti di indirizzo proposti da norme, regolamenti ed indicazioni tecniche degli organismi scientifici nazionali ed internazionali o in occasione di mutamenti delle strategie, delle politiche complessive e delle esigenze organizzative aziendali. Si precisa che, ad ogni modo, la revisione va effettuata almeno ogni 3 anni.

10. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

1. Di Saverio S et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowelobstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World J EmergSurg. 2013; 8 (1): 42-51.
2. Azagury D et al. Small bowel obstruction: a practical step-by-step evidence-based approach to evaluation, decision making and management J Trauma Acute Care Surg 2015; 79 (4): 661-668.
3. Loftus T et al. A protocol for the management of adhesive small bowelobstruction. J Trauma Acute Care Surg 2014; 78 (1): 13-21.
4. Catena F et al. Adhesive small bowel obstruction: evolution in diagnosis, management and prevention. World J GastrSurg 2016 8(3): 222-231.