

RIMOZIONE ENDOSCOPICA DI CORPI ESTRANEI

INTRODUZIONE

L'ingestione di corpi estranei rappresenta un'evenienza estremamente frequente nell'attività di un servizio di endoscopia d'urgenza.

La maggior parte dei corpi estranei che raggiungono il tratto gastroenterico lo supera spontaneamente, tuttavia il 10-20% richiede la rimozione endoscopica e l'1% la chirurgia.

Per lo più l'ingestione di corpi estranei avviene:

- in età pediatrica con un picco fra i 6 mesi ed i tre anni;
- negli adulti è più frequente nei paziente psichiatrici, nei ritardati mentali, negli etilisti o nei detenuti. Spesso l'ingestione volontaria negli adulti è recidiva e multipla;
- anziani edentuli inoltre sono a grande rischio, soprattutto per quanto riguarda i boli alimentari.

La perforazione o l'ostruzione avvengono per lo più a livello di angolazioni acute o restringimenti fisiologici, talora su patologie sottostanti.

INDICAZIONI

Una volta riferita la possibile ingestione di un corpo estraneo, si deve procedere con:

- anamnesi (qualora raccogliabile per valutare tipo, modalità di oggetto ingerito, tempo trascorso, eventuale ingestione di cibo o di liquidi successiva, patologie concomitanti),
- valutazione clinica (sintomi associati quali odinofagia, dolore toracico, sintomi respiratori, vomito, sensazione di corpo estraneo),
- radiografia del torace in proiezioni antero-posteriore e latero-laterale (per evidenziare oggetti radiopachi, perforazione),
- esami di laboratorio ed ECG (qualora si preveda di eseguire l'esame in anestesia generale).

MANAGEMENT

Posta diagnosi di corpo estraneo, bisogna decidere la necessità o meno dell'intervento, il grado di urgenza e la sua motivazione. Tali decisioni sono influenzate da:

- età e condizioni cliniche del paziente
- dimensioni e classificazione del corpo estraneo
- sede
- abilità ed equipaggiamento del team endoscopico

TIMING

La necessità di recuperare il corpo estraneo in urgenza o l'attesa è dettata dal rischio di perforazione e/o aspirazione.

Sebbene i corpi estranei ingeriti siano assai vari come tipologia, essi possono essere sostanzialmente riuniti, per frequenza e caratteristiche, in alcune specifiche categorie che descriveremo qui di seguito.

Ecco quindi adesso rappresentato l'algoritmo per la rimozione endoscopica dei corpi estranei:

CORPO ESTRANEO IN ESOFAGO

Rimozione quanto prima possibile!

- C.E. lesivi: rimozione;

- C.E. allungati: rimozione se
 - maggiore 6 cm nei bambini
 - maggiore 13 cm negli adulti

CORPO ESTRANEO NELLO STOMACO

C.E. SMUSSI: rimozione se

- dimensione maggiore 25 mm
- permanenza maggiore di 2 settimane

BATTERIE: rimozione se

- paziente sintomatico
- permanenza maggiore 48 ore
- dimensioni maggiori di 20 mm

C.E. TOSSICI:

- sostanze stupefacenti: chirurgia

C.E. LESIVI: rimozione immediata

CORPI ESTRANEI NEL DIGERENTE INFERIORE

C.E. SMUSSI: osservazione non superiore ai 7 giorni

BOLO ALIMENTARE

Il più frequente caso di corpo estraneo nell'adulto, composto da bolo carneo o altro cibo. Nel 97% dei casi è presente patologia esofagea sottostante.

- Una radiografia preliminare può indicare una perforazione o del materiale osseo.
- Se il paziente è asintomatico la rimozione va effettuata non oltre le 12-24 ore per evitare il rischio di perforazione.
- In presenza di un paziente che evidenzia scialorrea, o impossibilità alla deglutizione, o rischio di aspirazione, la rimozione deve essere immediata.
- L'esame può essere condotto in sedazione cosciente. Si utilizza l'**endoscopio flessibile, scendendo in visione diretta, ed utilizzando gli accessori dedicati (ansa da polipectomia, cestello, pinze per rimuovere in toto o a pezzi)**. Si ritiene controindicato l'utilizzo di sostanze proteolitiche.
- Una volta ridotto di dimensioni, qualora sia possibile transitare a fianco fino in stomaco, il bolo può essere sospinto nella cavità sottostante.
- Qualora il bolo obliteri il lume, data l'elevata probabilità di patologia stenotomica a valle di esso, va rimosso.

OGGETTI SMUSSI

- Sono per lo più monete e bottoni, soprattutto nella popolazione pediatrica.
- Va eseguita sempre una radiografia torace-addome (il 16% dei bambini è asintomatico anche con un corpo estraneo in esofago), da ripetere se è trascorsa oltre un'ora dalla precedente.
- E' sempre presente un alto rischio di aspirazione in trachea, complicanza mortale. Pertanto nei bambini l'EGDS va eseguita sempre in anestesia generale con intubazione orotracheale; nell'adulto è sufficiente la sedazione cosciente, meglio se con overtube di diametro maggiore rispetto al corpo estraneo in questione.
- Oggetti fermi a livello o al di sopra del muscolo cricofaringeo dovrebbero essere rimossi sotto visione diretta con il laringoscopio a forcipe (pinza di McGill). Un ostacolo al di sotto di questo livello richiede l'utilizzo dell' endoscopio flessibile .
- In corso di esame si utilizzano pinze da corpo estraneo a dente di topo, a coccodrillo, o anse; per oggetti rotondi l'asportazione è più agevole con il cestello.
- Qualora la rimozione in esofago risultasse difficoltosa, si può spingere l'oggetto in stomaco per operare con maggior facilità.
- Nella maggior parte dei casi di corpo estraneo nello stomaco, l'atteggiamento può essere conservativo, senza il ricovero ospedaliero. Per lo più infatti passano mediamente in 4-6 giorni, anche se a volte richiedono 4 settimane (se si va oltre un mese si deve ricorrere alla rimozione endoscopica). I pazienti con pregressi interventi chirurgici sono da considerarsi a rischio più elevato.
Nel periodo di attesa il paziente deve assumere una dieta regolare e controllare costantemente le feci. In assenza di sintomi deve eseguire un controllo radiologico senza mezzo di contrasto a cadenza settimanale.
Da ricordare sempre che oggetti rotondi di diametro maggiore di 2.5 cm superano con difficoltà il piloro. Indipendentemente dal diametro, una volta superato il piloro, si deve ricorrere alla rimozione chirurgica se subentrano sintomi o si ha fissità dopo 7 giorni.

BUMPER DA PEG

Raro caso di corpo estraneo iatrogeno, per lo più a passaggio spontaneo.

Si consiglia

- radiografia per escludere l'ostruzione,
- va rimosso se resta fermo nello stomaco oltre 72 ore.

OGGETTI ALLUNGATI

Se lunghi oltre 10 cm (spazzolini da denti, cucchiari, penne e matite) incontrano difficoltà al ginocchio duodenale e necessitano di rimozione endoscopica, non necessariamente immediata, essendo consigliabile intervenire a paziente digiuno.

Ideale l'utilizzo di un overtube lungo più di 45 cm da posizionare oltre la giunzione esofago-gastrica, intervento che comunque di per sé è molto rischioso.

L'intero apparato (overtube, endoscopio e corpo estraneo) devono essere ritirati nella medesima manovra onde evitare la perdita del corpo estraneo nell'overtube stesso.

OGGETTI AGUZZI

In letteratura ne vengono descritti innumerevoli casi, ma sono anche i più frequentemente associati a complicanze: lische di pesce, ossa di pollo, graffette, stuzzicadenti, aghi e ponti dentari.

Come linea guida generale, **negli adolescenti o nei bambini, grandi oggetti di lunghezza inferiore a 5 cm e larghezza inferiore a 2 cm passano spontaneamente.**

Nei bambini piccoli la misura limite è di 3 cm. di lunghezza. Dimensioni maggiori vengono considerate ad alto rischio e richiedono rimozione immediata.

L'estrazione endoscopica è rischiosa per il pericolo di traumatizzare la parete esofagea, pertanto è necessario l'orientamento assiale dell'oggetto con l'estremità aguzza orientata distalmente.

Nel sospetto clinico di ingestione di corpo estraneo aguzzo, è indicata l'esecuzione dell'esame endoscopico anche con negatività radiologica, preceduta da laringoscopia se l'oggetto risulta infisso al di sopra del muscolo cricofaringeo. Esso infatti rappresenta un'emergenza medica solo se infisso nell'esofago.

La maggior parte dei corpo aguzzi che arriva allo stomaco, passa senza problemi, anche se la possibilità di una perforazione arriva ben al 35%. E' consigliata quindi la rimozione se risulta infisso nello stomaco da oltre 3 giorni.

Durante la rimozione endoscopica, è fondamentale ricordare il pericolo di perforazione nel trascinarsi di un oggetto aguzzo, pertanto va valutata la necessità dell'overtube, dell'intubazione orotracheale o della protezione distale dello strumento con campana di lattice o dispositivo del legatore elastico.

BATTERIE

Si tratta di oggetti più frequentemente ingeriti dai bambini, in quanto presenti negli apparecchi acustici, negli orologi, nelle calcolatrici, nelle macchine fotografiche e nella maggior parte dei giocattoli meccanici oggi in uso.

In commercio esistono 4 tipi di batterie: all'ossido di mercurio, all'ossido d'argento, all'ossido di manganese, al litio.

Tutti i quattro tipi contengono una soluzione al 20-45% di idrossido di sodio o potassio. In seguito a pressione diretta, si verifica la liberazione di alcali e la generazione di una corrente elettrica a basso voltaggio; ne consegue la **necrosi colliquativa e la perforazione che avvengono rapidamente specie in esofago**. In un tempo di contatto inferiore ad un'ora si può avere danno mucoso, in 4 ore una lesione a tutta parete.

Di fondamentale importanza in questo caso la diagnosi differenziale tra le batterie e le monete: una radiografia in antero-posteriore consente di vedere in caso di presenza di una batteria un'ombra a doppia densità legata alla sua struttura laminare. In proiezione latero-laterale si evidenziano i margini arrotondati e la giunzione anodo-catodo. Qualora ci siano dubbi sulla natura dell'oggetto, se ne consiglia la rimozione immediata.

L'avvelenamento da mercurio è possibile in seguito al suo rapido assorbimento come elemento libero: esso si produce nello stomaco a partire dall'ossido di mercurio qualora ridotto in ambiente acido.

Come nei casi precedenti, **si esegue radiografia preliminare**, quindi si **procede a rimozione immediata se l'oggetto si trova in esofago, meglio se con cestello o pinza con retina**.

Se la rimozione endoscopica risulta difficoltosa, è cauto spingere la batteria in stomaco da dove risulta più facile la sua rimozione.

Una volta nello stomaco si possono attendere 48 ore, ed una volta superato il ginocchio duodenale escono in 72 ore. Se non vengono in seguito ritrovate nelle feci, va eseguita una radiografia ogni 3-4 giorni.

Nessuna terapia medica è efficace.

STUPEFACENTI

Si tratta di pacchetti di eroina o cocaina avvolti in condom di lattice visibili radiologicamente.

La rottura di un sacchetto contenete cocaina è letale, non essendoci un antidoto.

L'osservazione va effettuata mediante monitoraggio tossicologico sul siero e le urine.

Si deve ricorrere alla rimozione chirurgica se manca la progressione del corpo estraneo, o in caso di ostruzione o di sospetta rottura dell'involucro.

COMPLICANZE

La rimozione endoscopica di un corpo estraneo determina raramente la comparsa di complicanze (0-1.7% in letteratura), le più frequenti delle quali abbiamo elencato nello schema successivo.

E' opportuno tuttavia non trascurare la possibilità che dopo l'intervento endoscopico si sia verificata una perforazione, soprattutto nei casi in cui l'estrazione sia risultata difficile, o in caso di rimozione di oggetti acuminati o taglienti; in queste situazioni sarà opportuno far eseguire una radiografia con mezzo di contrasto idrosolubile, e mantenere sotto stretta osservazione il paziente per qualche ora, oltre ad iniziare una terapia antibiotica ed antisecretiva che andrà poi protratta per qualche giorno.

Va da sé che comunque sempre dopo ogni rimozione endoscopica di corpo estraneo, si debba controllare attentamente la mucosa di esofago, stomaco e duodeno per individuare tempestivamente ogni elemento patologico.

COMPLICANZE

➤ DA INGESTIONE:

- Compressione tracheale
- Aspirazione
- Perforazione
- Fistolizzazione
- Ulcerazione

➤ DA ESTRAZIONE:

- Perforazione
- Aspirazione

CONCLUSIONI

La rimozione endoscopica è una procedura che si è dimostrata risolutiva per la maggior parte dei corpi estranei che non transitano spontaneamente lungo il canale digerente.

Comunque anche l'operatore esperto deve sempre considerare una eventuale alternativa chirurgica, qualora l'estrazione presenti evidenti difficoltà con elevato rischio di complicanze.