

CASO CLINICO

Gastrosopia
con gastroscopio
monouso

GASTROSCOPIA DI URGENZA CON UN GASTROSCOPIO MONOUSO

Dr. AMAIA ARRUBLA, Dott.ssa JUAN J. VILA

Unità di endoscopia digestiva - Ospedale universitario di Navarra

STORIA DEL PAZIENTE

Uomo di 63 anni con anamnesi di dislipemia, diabete mellito di tipo 2 mal controllato, fumo attivo ed enolismo, lieve stenosi carotidea interna sinistra e deficit cognitivo multifattoriale. Ricovero per trauma costale (4 fratture delle costole a sinistra) a seguito di una caduta a casa per vertigini senza perdita di conoscenza. Il paziente riferisce un riposo notturno inadeguato a causa del dolore durante la mobilizzazione e l'inspirazione profonda. La radiografia del torace mostra la frattura della gabbia toracica destra e la frattura degli archi posteriori-laterali della 5^a, 6^a, 7^a e 8^a costola a sinistra, la 7^a con due tracce di frattura (Fig. A).

Viene deciso il ricovero in medicina interna per il controllo del dolore. Viene eseguita una TC toraco-addominale che mostra fratture degli archi posteriori delle costole a sinistra con lieve ispessimento e versamento pleurico ipsilaterale (Fig. B.1-4). Nella finestra parenchimale, enfisema bilaterale con bolle subpleuriche e aumento della densità sulla base polmonare sinistra in vetro smerigliato probabilmente dovuto a contusione. Nell'addome non sono visibili immagini di contusione viscerale. Distensione discreta delle anse digiunali con piccole linguette liquide tra le anse. Durante il ricovero presenta ipotensione e tachicardia, diaforesi e malessere generale. Viene avviata la sostituzione del volume e l'analisi evidenzia acidosi metabolica con lattato pari a 5.

Con diagnosi di shock settico di origine non affiliata con possibile componente di traslocazione batterica di origine intestinale, viene ricoverato in terapia intensiva per supporto vasoattivo ed evoluzione. Dopo due settimane di ricovero in terapia intensiva, presenta instabilità progressiva con labilità tensionale (MAP >65 mmHg) e tendenza a tachicardia, con anemizzazione progressiva che richiede la trasfusione di 3 concentrati di globuli rossi. Questa situazione richiede una gastroscopia urgente in terapia intensiva per escludere l'origine digestiva dell'emorragia.



PROCEDURA

La gastroscopia viene eseguita in terapia intensiva con Ambu® aScope™ Gastro, mirando all'esofago con mucosa e morfologia normali e giunzione squamo-colonnare inalterata. Nello stomaco sono visibili pochi residui di cibo solido, senza tracce ematiche. Nella parte superiore del corpo, si osservano almeno 3 patch di mucosa edematosa, eritematosa che lasciano impronta di lievi ematomi sottomucosi, probabilmente in relazione al sondino nasogastrico (Fig. C.5-7). Non sono presenti erosioni o ulcere. Mucosa gastrica residua inalterata. Viene fatto avanzare nel duodeno fino alla 3° porzione senza osservare tracce ematiche o lesioni potenzialmente emorragiche (Fig. C.1-4). Si osserva una mucosa biancastra con lieve atrofia villosa e una mucosa di aspetto screpolato (Fig. C.1-4).



CONCLUSIONE

Con Ambu aScope Gastro abbiamo potuto eseguire l'endoscopia completa nella stanza del paziente in terapia intensiva. È stato possibile esaminare tutte le sezioni del tratto digestivo superiore con un'immagine di alta qualità, escludendo l'origine digestiva del sanguinamento. Ambu aScope Gastro ha consentito di eseguire la procedura in modo comodo e con qualità tecnica, senza la necessità di mobilizzare o spostare il paziente o interferire con i dispositivi di controllo utilizzati in terapia intensiva. In questa situazione, il gastroscopio monouso è ideale perché richiede poco spazio per l'uso e consente di eseguire una gastroscopia urgente senza la necessità di una successiva disinfezione da parte di personale non qualificato.

Ambu

Ambu A/S
Baltorpbakken 13
2750 Ballerup
Danimarca
Tel.: +45 7225 2000
ambu.com