

Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (fase II Emergenza COVID)

Documento FISMAD – Parte 2 :

Attività epatologica

Considerazioni generali:

La seconda fase dell'emergenza sarà caratterizzata prevedibilmente dalla diminuzione progressiva dei contagi alla quale potrebbe non corrispondere la scomparsa del rischio di diffusione dell'infezione. In questa fase si renderà necessaria la progressiva ripresa dell'attività epatologica che, come è noto, include l'utilizzo di manovre diagnostiche e terapeutiche invasive e non invasive, con una programmazione dettagliata, comprendente l'attuazione di adeguate misure di sicurezza per il personale sanitario e per i pazienti.

La fase di riapertura delle attività cliniche epatologiche deve prendere in considerazione i seguenti punti fondamentali:

1. Organizzazione generale dei servizi di Epatologia
2. Revisione modalità attività clinica (visite)
3. Sicurezza degli esami ecografici diagnostici (ecografia addominale ed elastometria epatica) e terapeutici (paracentesi eco-guidata, radiofrequenza eco-guidata, micro-wave ecoguidata) (per il paziente e per gli operatori)

In relazione alla situazione locale potrebbe essere necessario che tutti i pazienti siano considerati ad alto rischio di infezione da COVID-19 con la conseguente necessità di prendere misure adeguate per proteggere gli operatori sanitari ma, sempre sulla scorta di fattori epidemiologici, test disponibili e potenziale immunità, potrebbe essere possibile invece una stratificazione del rischio per paziente.

1. Organizzazione generale Servizi di Epatologia
 - Dove possibile eseguire triage telefonico 24 ore prima dell'accesso con richiesta di eventuale sintomatologia (es. febbre, tosse) e di eventuali tamponi eseguiti o test sierologici (indicazione a portare referto).

- Al momento della presentazione per procedura epatologica, eseguire triage ed indagare eventuale sintomatologia sospetta.
- Informare il paziente che se dovesse manifestare sintomatologia sospetta (es. febbre, tosse) nei 14 giorni successivi l'esecuzione della procedura epatologica, dovrà informare la struttura dove è stata eseguita la prestazione.
- Nei pazienti guariti da infezione da COVID posticipare la prestazione di almeno 1 mese (se differibile) dopo l'esecuzione dei 2 tamponi negativi,
- Briefing periodico per tutto il personale del Servizio (compresi gli amministrativi) per eventuali nuove direttive alla luce di indicazioni regionali o da letteratura scientifica

2. Rielaborazione dell'attività ambulatoriale (ecografica e clinica)

La rielaborazione dell'attività ecografica e di epatologia clinica dovrà essere **graduale** ed improntata a:

- riprogrammare le prestazioni prenotate sospese o differite a causa della pandemia
- dare risposta a quelle che si sono venute a creare in questo periodo e a quelle che nel tempo si presenteranno.

Si dovranno mantenere le precauzioni al fine di contenere il contagio: triage, distanziamento, ambienti dotati di soluzione idroalcolica per il lavaggio delle mani, valutazione capienza delle sale d'attesa.

I tempi per le prestazioni cliniche, per offrire una prestazione di qualità e ridurre al minimo il rischio clinico, devono tener conto delle tempistiche aggiuntive connesse al COVID 19:

- triage anamnestico;
- vestizione e svestizione con gli adeguati DPI;
- sanificazione ambientale tra una procedura e l'altra;
- recupero post esame in sedazione.

Programmazione appuntamenti

L'appropriatezza della priorità di esecuzione delle visite e delle procedure diagnostiche suggerita dai MMG sarà passibile di valutazione specialistica.

Si propone di sospendere temporaneamente ogni valutazione sul rispetto dei tempi di attesa.

La **programmazione degli appuntamenti** dovrà prevedere un allungamento degli slot previsti per gli esami con l'inevitabile conseguenza che **non si potrà mantenere lo stesso numero di prestazioni giornaliere che si riuscivano a erogare in epoca pre-COVID19.**

Andrà previsto 1 appuntamento ogni 45 minuti per visite; ogni 30 minuti per ecografia addome; ogni 30 minuti per elastometria e tempi più lunghi per procedure combinate o di maggiore complessità (ecografia addome + elastometria, RFA, MW). Per un accesso alle prestazioni il più possibile equo e basato sul grado di rischio che quel paziente potrà avere di sviluppare una patologia tempo dipendente e non potendo pensare di avere un contenitore tale da poter accogliere il sospeso, l'accumulato e il nuovo, **è necessario prevedere delle forme innovative di contatto con i pazienti e con i medici prescrittori (Medici di Medicina Generale, specialisti).**

Per i **pazienti cronici** o noti alle UUOO è auspicabile mantenere, laddove sia già stato attivato, oppure implementare laddove non ci fosse, un contatto ma secondo metodologie strutturate e con prestazioni registrabili (vedi sotto).

Attivazione telemedicina e/o televisita

E' molto importante l'attivazione di procedure di telemedicina in maniera istituzionalizzata da parte della struttura ospedaliera: è necessario che la televisita sia prenotata, tracciata e registrata nel fascicolo del paziente sia a fini clinici che amministrativi. La procedura deve avere un codice ad hoc, agende di prenotazione dedicate e deve essere refertata come visita eseguita in telemedicina. Infine è necessario che risulti nella pianificazione delle attività dell'UO in giorni/orario diversi rispetto a quanto previsto per le visite in presenza. E importante sottolineare come tale modalità può sostituire la visita in presenza in molte condizioni epatologiche che necessitano di controllo periodico .

Per i primi accessi, lo strumento da utilizzare rimane quello delle priorità cliniche garantendo le prestazioni urgenti (U) e garantire appropriatezza e tempistiche adeguate anche per le richieste sospese o nuove per qualunque tipo di priorità.

In questa fase sarà molto importante la **connessione specialisti-territorio**: si propone di attivare una **finestra telefonica** (es. giornaliera di 1 o 2 ore) e una **e-mail alias** dell'UO, da comunicare ai colleghi MMG e agli altri specialisti grazie alla quale i medici possano interagire (**Teleconsulto**), al fine di un confronto inter-professionisti, nell'interesse del paziente. Anche quest'attività andrà **registrata e dovrà risultare nella pianificazione delle attività dell'UO.**

Si suggerisce che la modalità operativa della “**presa in carico del paziente**” sia garantita, in questa fase transitoria, solo per i pazienti **considerati indifferibili (vedi fine documento)**. Per i restanti pazienti si **ridarà centralità al MMG per la presa in carico del suo assistito** al fine di limitare al massimo gli accessi in ospedale.

La tempistica degli appuntamenti e le modalità delle procedure di sanificazione saranno concordate sulla base del contesto epidemiologico locale.

Setting clinici epatologici speciali:

Pazienti affetti da malattie epatiche croniche (compresi i pazienti con cirrosi compensata):

- Le visite ambulatoriali possono essere posticipate
- Utilizzare la telemedicina ovunque possibile
- Pazienti affetti da epatiti virali: non maggiore rischio di sviluppare malattia severa da COVID
- Pazienti affetti da NASH: se presente associazione con diabete, ipertensione e obesità, maggior rischio di sviluppare malattia severa da COVID
- Pazienti affetti da epatite autoimmune: sconsigliata la riduzione della terapia immunosoppressiva. Da considerare solo in circostanze speciali previa consultazione con uno specialista
- Valutare vaccinazione per Streptococcus pneumoniae e influenza

Paziente con cirrosi epatica scompensata (inclusi i pazienti con Carcinoma epatocellulare)

- La cura del paziente deve essere mantenuta secondo le linee guida, incluse le terapie sistemiche per i pazienti neoplastici
- Per evitare l'ospedalizzazione dei pazienti e l'esposizione al personale medico, utilizzare telemedicina.
- La valutazione per eventuale inserimento in lista d'attesa per trapianto di fegato dovrebbe essere limitata a pazienti con scarsa prognosi a breve termine e quando possibile eseguita ambulatorialmente
- Enfasi sull'importanza della vaccinazione per Streptococcus pneumoniae e influenza e la profilassi della peritonite batterica spontanea e dell'encefalopatia
- Eseguire tampone nasale per SARS-CoV-2 in pazienti con scompenso epatico acuto

Pazienti in lista per il trapianto di fegato

- È necessario eseguire i test di routine per SARS-CoV-2 prima del trapianto sia nel donatore che nel ricevente, sapendo che la negatività del test non esclude completamente l'infezione.
- Il consenso per procedure diagnostiche e terapeutiche relativo al trapianto dovrebbe includere il rischio potenziale per COVID-19 nosocomiale
- Il trapianto da donatore vivente deve essere considerato caso per caso.

Paziente epatologico in trattamento con immunosoppressori

- Mantenere l'assistenza secondo le linee guida, ma considerare minima esposizione al personale medico, mediante telemedicina per evitare il contatto. Sottolineare l'importanza della vaccinazione per lo streptococco pneumoniae e l'influenza.
- In pazienti stabili: eseguire test di laboratorio locali (inclusi i livelli di immunosoppressione).
- Le evidenze scientifiche sconsigliamo la riduzione della terapia immunosoppressiva terapia. La riduzione dovrebbe essere presa in considerazione solo in circostanze speciali (ad es. linfopenia indotta da farmaci, o superinfezione batterica / fungina in caso di grave COVID-19 previa consultazione di uno specialista.

3. Sicurezza degli esami ecografici diagnostici e terapeutici (per il paziente e per gli operatori):

- L'ecografia è un servizio diagnostico irrinunciabile ma che, in questo frangente, deve essere riservata a pazienti in cui l'esame è in grado di modificare la terapia successiva
- La contaminazione ben documentata mediante droplets rende le procedure ecografiche in cui è necessario un contatto ravvicinato medico-paziente a rischio di trasmissione operatore-paziente.
- Gli esami e le procedure ecografiche comportano rischi di contaminazione dell'apparecchiatura diversi a seconda della probabilità di esposizione alla normale flora batterica dei pazienti, del contatto con i fluidi corporei e del grado di invasività della procedura.
- In linea di principio, una volta che una superficie è stata colonizzata, i patogeni possono sopravvivere per tempi variabili a seconda dei materiali. Ciò vale in particolare per i materiali sintetici, comprese le superfici dei trasduttori e altre parti dell'apparecchiatura

ultrasonografica. I tempi di sopravvivenza su superfici asciutte inerti di batteri come *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*, incluso *S. aureus* resistente alla meticillina (MRSA), possono essere diversi mesi o più e quello di virus come l'epatite A, il virus dell'herpes simplex (HSV) e rotavirus diverse settimane. I virus associati alla SARS possono sopravvivere fino a 96 ore. Inoltre, la sopravvivenza post-contaminazione sarà ancora più lunga con materiale organico coesistente come cellule della pelle o fluidi corporei, fornendo un nidus protettivo per i microbi che persino i disinfettanti potrebbero non penetrare completamente.

- Le linee guida in letteratura descrivono adeguatamente i DPI da utilizzare nell'esecuzione degli esami nei pazienti con infezione da COVID-19 nota o sospetta ma non come attrezzarsi in caso di paziente standard.
- I pazienti verranno sottoposti a triage pre-procedura con misurazione temperatura.
- I pazienti dovranno tenere mascherina chirurgica per tutta la durata dell'esame, e per tutto il periodo che trascorreranno presso l'ambulatorio di riferimento.
- Gli esami e le procedure ecografiche comportano rischi diversi a seconda della probabilità di esposizione alla normale flora batterica dei pazienti, del contatto con i fluidi corporei e del grado di invasività della procedura. Secondo la classificazione di Spaulding modificata, le procedure ecografiche possono essere classificate in:
 - **non critiche**: non invasive, sonda con cute intatta, con disinfezione di basso livello.
 - **"semi-critiche"**: sonda in contatto con le mucose intatte di siti corporei non sterili. Poiché l'integrità di queste mucose non può essere data per scontata e il micro-trauma associato alla procedura non può mai essere escluso, questa categoria è stata omessa. Le raccomandazioni per la disinfezione sono simili a quelle per le procedure critiche, ovvero i trasduttori richiedono disinfezione di alto livello (HLD) o sterilizzazione.
 - **Critiche**: invasive, come punture o iniezioni guidate dagli ultrasuoni, contatto del trasduttore con mucose e/o fluidi corporei. Qualsiasi procedura invasiva eco-assistita o qualsiasi procedura che possa potenzialmente causare micro-traumi alla pelle o alle mucose deve essere classificata come critica.
- Purtroppo i gel utilizzati per le sonde ecografiche consentono la sopravvivenza e la moltiplicazione di microrganismi. Quando disponibili, si raccomanda l'uso di bottiglie monouso. I flaconi standard non sterili sono sufficienti se il trasduttore è in contatto solo

con la pelle intatta e in assenza di infezioni o altre patologie della pelle, vale a dire esami non critici.

Le raccomandazioni generalmente accettate per la disinfezione delle procedure critiche e semi-critiche richiedono disinfezioni di medio-alto livello.

Stratificazione del paziente in base ai possibili scenari clinici:

1. Paziente asintomatico
2. Paziente in accertamento COVID (in attesa di tampone urgente)
3. Paziente COVID accertato

1. Paziente asintomatico

- Tutti i pazienti devono essere considerati a rischio di trasmissione di COVID-19.
- L'infermiere che è presente in sala ecografica indossa mascherina chirurgica, guanti monouso, e dove disponibili visiera o occhiale, camice impermeabile monouso (con grembiale) e cuffia monouso.
- Il medico che esegue l'ecografia indossa mascherina chirurgica, visiera o occhiale, camice impermeabile monoturno (con grembiale), cuffia monoturno, guanti monouso.
- La sonda, coperta con coprisonda o guanto, va sanificata con gel disinfettante idoneo per ogni paziente.

2. Setting COVID in accertamento (pazienti in attesa di tampone)

- Il paziente indossa mascherina chirurgica.
- Il medico che esegue l'ecografia indossa mascherina FFP2, occhiale, camice impermeabile monouso, cuffia monouso, guanti monouso.
- Va attuata la copertura con copritastiera lavabile o film plastico dell'ecografo e della sonda.
- La copertura della sonda va cambiata per ogni paziente.
- Va effettuata sanificazione ulteriore della sonda e dell'ecografo dopo svestizione a fine procedura per essere pronti a vestizione successiva.

3. Setting COVID già accertato

- Il paziente indossa mascherina chirurgica.
- Il medico che esegue l'ecografia indossa mascherina FFP2 o FFP3, occhiale, camice impermeabile monouso, cuffia monouso, guanti monouso. Va attuata la copertura completa dell'ecografo e della sonda, che va cambiata per ogni paziente per impedire la trasmissione di ulteriore contagio.
- Va effettuata sanificazione ulteriore della sonda e dell'ecografo dopo svestizione a fine procedura per essere pronti a vestizione successiva.
- Nei casi in cui il paziente non possa indossare la mascherina chirurgica il medico deve indossare la maschera FFP3.
- Il trattamento dei contenitori per materiale biotico a circuito chiuso deve seguire particolare attenzione durante la manipolazione che prevede la chiusura del contenitore stesso, l'identificazione e il rilascio della formalina. La manipolazione del contenitore deve essere eseguita indossando guanti puliti nella massima sicurezza dell'operatore che esegue il processo, per quello che lo trasporta (ove non presente posta pneumatica, contenitore dedicato) e per quello che lo gestirà in anatomia patologica.
- All'uscita del paziente dalla sala iniziare sanificazione
- Procedure smaltimento rifiuti: come in fase I
- Al termine della giornata sanificazione sale ecografiche, zone refertazione, con particolare attenzione ai dispositivi telefonici e ai computer di utilizzo in comune.

Visite ambulatoriali e procedure interventistiche indifferibili

- Gestione delle complicanze dell'ipertensione portale
 - paracentesi e legatura di varici esofagee
 - posizionamento TIPS in urgenza
 - procedure diagnostiche, terapia e follow-up dell'epatocarcinoma
 - valutazione pre-trapianto e follow-up post trapianto di fegato
- Garantire che in pazienti con cirrosi epatica lo screening di epatocarcinoma e di varici esofagee/gastriche, e l'inizio terapie antivirali/eziologiche per quanto in taluni casi rinviabili, abbiano la possibilità di essere eseguite non differendo eccessivamente i tempi di esecuzione.
- Garantire l'inizio di terapie antivirali per pazienti con epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).

Take home message

- Progressiva ripresa dell'attività epatologica con una programmazione dettagliata
- Garanzia delle prestazioni indifferibili
- Attuazione di adeguate misure di sicurezza per il personale sanitario e per i pazienti.
- Stratificazione del rischio dei pazienti in base ai fattori epidemiologici, test disponibili e potenziale immunità
- Attività di telemedicina, che deve essere istituzionale e quindi autorizzata dalle strutture di appartenenza.
- Nuova tempistica prestazioni ambulatoriali: visita ambulatoriale 45 minuti; ecografia addome 30 minuti; elastometria epatica 30 minuti; tempi più lunghi per procedure combinate o di maggiore complessità (ecografia addome + elastometria, RFA, MW)
- Considerare le diverse categorie dei pazienti affetti da malattia epatica cronica o in terapia con immunosoppressori

Bibliografia

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497–506.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N. Engl. J. Med*. 2020;382:727–733.
3. Coronavirus [Internet]. [cited 2020 Apr 8]; Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. Xiao F, Tang M, Zheng X, et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2 *Gastroenterology* 2020
5. Tian Y, Rong L, Nian W, He Y. Review article: gastrointestinal features in COVID – 19 and the possibility of fecal transmission. *Aliment Pharmacol Ther* 2020; 00:1-9
6. Abramowicz JS, Akiyama I., Evans D., Fowlkes JB, Marsal K, et al. *Ultrasound Med Biol*. 2020 Apr 4. pii: S0301-5629(20)30149-6. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2020.03.033. [Epub ahead of print] World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology Position Statement: How to Perform a Safe Ultrasound Examination and Clean Equipment in the Context of COVID-19.
7. *J Am Coll Radiol*. 2020 Apr 3. pii: S1546-1440(20)30306-9. doi: 10.1016/j.jacr.2020.03.027. [Epub ahead of print] Operational Strategies to Prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Spread in Radiology: Experience From a Singapore Radiology Department After Severe Acute Respiratory Syndrome. Goh Y1, Chua W2, Lee JKT3, Leng Ang BW2, Liang CR2, Tan CA2, Choong DAW2, Hoon HX2, Ong MKL2, Quek ST4
8. Boettler T, Newsome PN, Mondelli MU, et al. Care of patients with liver disease during the COVID-19 pandemic: EASL-ESCMID position paper. *JHEP Rep*. 2020;2(3):100113. doi:10.1016/j.jhepr.2020.100113
9. Fix OK, Hameed B, Fontana RJ, et al. Clinical Best Practice Advice for Hepatology and Liver Transplant Providers During the COVID-19 Pandemic: AASLD Expert Panel Consensus Statement [published online ahead of print, 2020 Apr 16]. *Hepatology*. 2020;10.1002/hep.31281. doi:10.1002/hep.31281
10. Nyhsen CM, Humphreys H, Koerner RJ, et al. Infection prevention and control in ultrasound - best practice recommendations from the European Society of Radiology Ultrasound Working Group. *Insights Imaging*. 2017;8(6):523–535. doi:10.1007/s13244-017-0580-3

11. Nyhsen CM, Humphreys H, Koerner RJ, et al. Infection prevention and control in ultrasound - best practice recommendations from the European Society of Radiology Ultrasound Working Group. *Insights Imaging*. 2017;8(6):523–535. doi:10.1007/s13244-017-0580-3
12. <http://www.siumb.it/?q=node/646>
13. <https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+12+telemedicina.pdf/37b4b856-603a-76c1-1b85-5ff9c662bbbb?t=1586860608120>