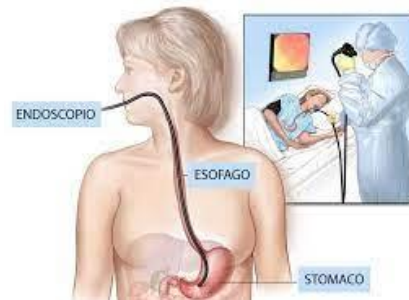


PROSPETTO INFORMATIVO

Il seguente prospetto informativo ha lo scopo di fornire al paziente tutte le informazioni utili a prendere una decisione consapevole in merito alla procedura proposta. Si raccomanda di leggerlo con attenzione e di porre al medico tutte le domande ritenute opportune.

Che cosa è la gastroduodenoscopia?

L'esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS), o più comunemente chiamata gastroscopia, è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di guardare direttamente all'interno del tubo digerente superiore (esofago, stomaco e duodeno). A tale scopo si utilizza uno strumento con tubo flessibile ("gastroscoPIO"), dotato sulla punta di una telecamera e di una luce propria per illuminare l'interno del viscere da esplorare.



Come si svolge la procedura

Il gastroscoPIO è generalmente introdotto attraverso la bocca, ma in taluni casi, utilizzando uno strumento particolare più sottile, l'esame può essere eseguito introducendo l'endoscopia attraverso le narici.

Finalità della procedura

Il medico con l'introduzione del gastroscoPIO ha una visione nitida e precisa che consente di individuare la presenza di alterazioni della mucosa. La gastroscopia rappresenta l'esame di scelta per diagnosticare lesioni organiche delle pareti dell'esofago, dello stomaco e del duodeno, come ulcere e tumori, e permette al medico di individuare la causa dell'insorgenza di molti sintomi attribuibili a patologie del tratto digestivo superiore.

La gastroscopia è inoltre molto utile per accertare la causa di sanguinamenti del tratto digestivo alto e di alcune anemie. Talvolta il medico può ritenere opportuno prelevare, nel corso dell'esame, piccoli frammenti di tessuto (biopsie), che vengono successivamente inviati al laboratorio per l'analisi istologica (per esempio per la ricerca di *Helicobacter pylori*, per la caratterizzazione istologica di gastrite o ulcera, per la diagnosi di neoplasia). Il prelievo di tali frammenti, del tutto indolore, si effettua mediante l'uso di pinze che vengono introdotte attraverso la sonda stessa.

Potrà inoltre essere necessario effettuare procedure aggiuntive diagnostiche o terapeutiche. In corso di esame, quasi sempre in situazioni di urgenza, è possibile intervenire su lesioni in fase di sanguinamento.

Nel caso di polipi dell'esofago, dello stomaco o del duodeno questi possono essere rimossi mediante polipectomia o mucosectomia endoscopica in corso di EGDS.

L'eventuale materiale biologico prelevato in corso di intervento verrà inviato ai laboratori per le indagini del caso (istologia e/o genetica) al fine di consentire un corretto approccio terapeutico.

Consigli per la preparazione all'esame

Per una efficace e sicura esplorazione lo stomaco deve essere vuoto. A tal fine è necessario osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico.

Prima dell'esame è opportuno rimuovere eventuali protesi dentarie mobili. In genere la terapia domiciliare deve essere assunta come d'abitudine anche il giorno dell'esame, fanno eccezione i farmaci anticoagulanti o antiaggreganti e l'eparina, che devono essere sospesi (se la condizione clinica lo consente) prima dell'esame perché la procedura viene considerata ad alto rischio di sanguinamento (vedi prospetto sospensione anticoagulanti/antiaggreganti).

Va inoltre evitata nelle 12 ore precedenti l'esame l'assunzione di antiacidi (ad esempio: sucralfato o magaldrato) che possono rendere difficoltosa l'esecuzione dell'esame, ostacolando la visione.

In casi selezionati e a discrezione del medico si può consigliare l'assunzione preliminare di mucolitici (simeticone e/o acetilcisteina) per migliore visualizzazione della mucosa senza l'interferenza di bolle e residui di saliva.

Come si svolge la procedura

Dopo aver acquisito il consenso del paziente, si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa.

L'esame in genere dura un tempo variabile tra 7 e 15 minuti; non procura dolore ma solo modesto fastidio all'introduzione dello strumento. Prima della procedura viene somministrata in bocca una piccola dose di anestetico locale (lidocaina) sotto forma di spray.

Per limitare il disagio generalmente si esegue una sedo-analgesia. In questa fase il paziente sarà leggermente sedato ma in grado di rispondere agli stimoli tattili e verbali. I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa. La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che possono essere contrastati con gli antagonisti specifici dei farmaci utilizzati.

Per effettuare l'esame il paziente viene posizionato preferenzialmente sul fianco sinistro con la testa reclinata leggermente in basso per evitare che aspiri saliva. Per aiutare il paziente a mantenere la bocca aperta durante la procedura e per evitare che possa mordere la lingua e/o lo strumento, si utilizza uno specifico boccaglio.

Il Medico farà passare lo strumento, del diametro di circa 1 cm, attraverso la bocca e la gola. Per ottenere una buona visione è necessario introdurre aria per distendere le pareti dello stomaco.

Durante l'esame sarà utile mantenere, per quanto possibile, un comportamento rilassato e collaborativo, evitando atteggiamenti reattivi, cercando di controllare eventuali conati di vomito con profonde inspirazioni.

Durante l'esame il paziente può avvertire gonfiore nella pancia, causato dall'aria introdotta. Il farmaco sedativo praticato può provocare capogiri e/o nausea che di solito passano spontaneamente e in alcuni casi si può avere difficoltà a ricordare l'esecuzione dell'esame.

Cosa succede dopo la gastroscopia?

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire il permanere di bruciore alla gola, gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti senza necessità di manovre o terapie aggiuntive.

Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a seconda del giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata.

Nel caso in cui siano stati somministrati dei farmaci sedativi il paziente potrebbe avvertire anche dopo l'esame sonnolenza, capogiri e vista offuscata. Non potrà allontanarsi dalla struttura sanitaria, fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione e sarà controindicata la guida di veicoli per il resto della giornata; per tale motivo è indispensabile venire sempre accompagnati, è altresì sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 24 ore successive alla sedo-analgesia.

Il paziente solitamente può riprendere a mangiare dopo circa 30 minuti dall'esame, quando si esaurisce l'effetto dell'anestetico locale, altre indicazioni sull'alimentazione e la ripresa delle terapie in corso, sono concordate con i sanitari al momento della dimissione. Se non è stata praticata alcuna sedazione il paziente potrà tornare in reparto o a casa, anche da solo, dopo pochi minuti dal termine della procedura.

A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame. È importante, pertanto, riconoscere i segni precoci di possibili complicanze. Sintomi d'allarme sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso, possibilmente nella stessa struttura in cui è stata eseguita la procedura.

Rischi e complicanze che possono insorgere

Complicanze della gastroscopia diagnostica

- Complicanze cardiorespiratorie e circolatorie: di solito legate alla premedicazione e/o all'ingestione di materiali refluiti; sono rappresentate dal calo di ossigeno nel sangue, sincope, arresto respiratorio, infarto miocardico, infarto e shock (frequenza <0.9%)
- Emorragia: generalmente molto rara (<0.5%): tale evento si verifica più frequentemente in caso di piastrinopenia (cioè basso numero di piastrine nel sangue), di malattie della coagulazione o in pazienti che assumono terapia anticoagulante. Quasi sempre si arresta spontaneamente, altrimenti sarà il medico ad effettuare con lo strumento l'emostasi e ciò comporterà un lieve allungamento dei tempi della procedura. La gestione di un sanguinamento può richiedere talvolta il ricorso a trasfusioni, trattamenti endoscopici, radiologici interventistici o chirurgici.
- Perforazione: è rarissima con una frequenza inferiore allo 0.07% ed un tasso di mortalità compreso tra il 2% e il 36%. Essa è generalmente legata alla presenza di particolari condizioni anatomiche (osteofiti cervicali, diverticoli di Zenker, stenosi esofagee e neoplasie) e per essere corretta potrebbe richiedere un intervento chirurgico. Tale complicanza può richiedere un trattamento conservativo con posizionamento di sondino naso-gastrico, digiuno e terapia farmacologica, oppure chiusura endoscopica della breccia con clips metalliche oppure un intervento chirurgico di riparazione.
- Vengono inoltre segnalati in letteratura alcuni casi di complicanze infettive: una transitoria batteriemia (cioè la presenza di batteri nel circolo sanguigno) si manifesta praticamente solo in pazienti portatori di gravi cardiopatie e/o pazienti immunodepressi, mentre in caso di pazienti non a rischio, l'incidenza di tale tipo di complicanze è praticamente nulla (1/5-10 milioni). Altre complicanze infettive sono gli ascessi retrofaringei e retroesofagei in pazienti in cui si verifica un'intubazione difficile e che possono essere correlati a traumi retrofaringei e/o perforazioni clinicamente non apparenti.

Complicanze della gastroscopia operativa

La gastroscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami diagnostici generalmente ha un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato.

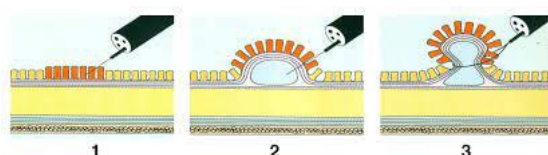
- Polipectomia e mucosectomia (EMR)

La *polipectomia* è la tecnica che permette di asportare i polipi durante l'esame endoscopico mediante degli appositi device (pinze, anse a freddo o diatermiche). I polipi sono in genere di natura benigna, ma raramente potrebbero diventare molto grossi, provocare sanguinamento e/o diventare maligni, per tale motivo talvolta vanno tolti.

Nel caso in cui, durante la gastroscopia, vengano riscontrati polipi di dimensioni e/o caratteristiche tali da poter essere asportati con ragionevole sicurezza anche senza avere effettuato esami emocoagulativi preliminari, e se non vengono assunti dal paziente farmaci anticoagulanti, è possibile asportare detti polipi immediatamente, senza la necessità di effettuare nuovamente l'indagine endoscopica. Qualora invece durante la gastroscopia vengano riscontrati uno o più polipi di dimensioni e/o caratteristiche tali da non poter essere subito asportati in condizioni di ragionevole sicurezza, il paziente sarà invitato a ripetere l'indagine per asportare i polipi in una seduta successiva in regime protetto (Day Surgery o Ricovero ordinario) che sarà nostra cura prenotare.

La *mucosectomia* (EMR) è una tecnica avanzata che permette di rimuovere lesioni neoplastiche superficiali.

Esistono varie tecniche di esecuzione: quella più comune è la tecnica "lift and cut" che prevede l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato,



di soluzioni saline o colloidali con l'aggiunta di un colorante (blu di metilene) e a volte adrenalina.

Tale soluzione ha lo scopo di sollevare la lesione (mucosa e la sottomucosa) dalla muscolare propria rendendola più facilmente afferrabile, e riduce il rischio che si possa avere una perforazione o una emorragia. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica

Le complicanze più frequenti della polipectomia e della EMR sono rappresentate dalla perforazione e dall'emorragia con un'incidenza che varia dal 3.4 al 7.2%. La mortalità può raggiungere lo 0,25%.

- Emostasi

Ha come obiettivo l'arresto di un'emorragia. Le terapie emostatiche includono tecniche termiche, iniettive e meccaniche. È possibile la combinazione di due o più tecniche. Anche le tecniche di emostasi endoscopica possono essere gravate da complicanze. Il tasso di complicanze varia a seconda che si tratti di emostasi di emorragia varicosa (35-78%, con una mortalità del 1-5%) o non varicosa (5%, con mortalità 4.5%).

- Rimozione di corpi estranei

In corso di esame è possibile la rimozione di corpi estranei ritenuti nel lume intestinale in seguito a particolari procedure diagnostiche (p.es videocapsula) o introdotti dal paziente accidentalmente o volontariamente. All'occorrenza possono essere utilizzati vari tipi di accessori: pinze da recupero, anse da polipectomia o accessori dedicati quali appositi cestelli o tripodi (pinza a tre branche). La manovra consiste nell'afferrare il corpo estraneo preferibilmente in una delle sue estremità ed estrarlo delicatamente. I corpi estranei possono determinare occlusione intestinale. La complicanza più temuta è la perforazione, che dipende dal tipo di oggetto e dalla modalità di inserimento, traumatica o meno. Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom); infatti la eventuale rottura durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe (overdose) con rischio di morte.

Porre attenzione a:

Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile che il personale addetto venga informato di eventuali malattie e/o allergie di cui il paziente soffre, se il paziente assume farmaci e se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali. In caso di stato di gravidanza, è necessario segnalare la situazione al personale. Rimuovere eventuali piercing del cavo orale.

Portare SEMPRE tutta la documentazione relativa a precedenti esami endoscopici o a visite mediche per patologie di rilievo.

Alternative alla gastroscopia

Sono rappresentate dalla radiografia con mezzo di contrasto e dalla tomografia computerizzata (TC) che hanno però una minore accuratezza diagnostica, non consentono biopsie, né procedure operative e spesso devono essere comunque integrate da una successiva endoscopia. L'alternativa alle procedure interventistiche è rappresentata per lo più dall'intervento chirurgico che comporta rischi maggiori.

Esiti prevedibili della mancata effettuazione della prestazione proposta

La non effettuazione della procedura potrebbe portare ad una diagnosi non corretta dell'eventuale patologia in atto, con possibile ritardo della terapia più appropriata.

Data ____/____/____

Firma del paziente per presa visione _____