



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
DIRETTORE : Dott. Adriano Lauri

SCHEDA INFORMATIVA PER IL CONSENSO INFORMATO
EGDS (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA)
DIAGNOSTICA ED OPERATIVA

Egregio signore/signora,

queste informazioni vogliono renderla consapevole del tipo di esame a cui sarà sottoposto.

Per ulteriori quesiti potrà rivolgersi al Suo Medico o contattare l'Unità Operativa dove effettuerà la prestazione.

Che cos'è la gastroscopia

L'Esofago-Gastro-Duodeno-Scopia si esegue con una sonda flessibile che viene introdotta attraverso la bocca. È un esame che permette di esaminare, in visione diretta, il tratto superiore del tubo digerente (esofago, stomaco e le prime due porzioni duodenali). In corso di esame possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per esame istologico e si possono effettuare procedure aggiuntive, diagnostiche o terapeutiche.

Come si esegue la gastroscopia

L'esame viene eseguito con un gastroscopio dotato in punta di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera che invia le immagini ad un processore e quindi ad uno schermo. Dopo aver acquisito il consenso del paziente, generalmente si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca e la saturazione di ossigeno del sangue. A seconda del giudizio del medico operatore, e in accordo con il paziente, può essere eseguita una sedazione mediante somministrazione di un sedativo/analgesico endovena ed eventualmente una anestesia della gola.

LA SEDAZIONE DEI PAZIENTI AMBULATORIALI (E/O CHE RIENTRERANNO A DOMICILIO) IMPONE LA PRESENZA DI UN ACCOMPAGNATORE ADULTO E, COMUNQUE, IN GRADO DI GUIDARE IL MEZZO PER IL RIENTRO.

L'esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro. 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. **Eventuali protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse prima dell'esame.** L'esame è di breve durata, non è doloroso e non interferisce con la normale respirazione.

Durante l'esame:

- è utile che il paziente mantenga, per quanto possibile, un comportamento rilassato e collaborativo, eviti atteggiamenti reattivi e controlli eventuali conati di vomito con una respirazione profonda e regolare;
- durante la procedura si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria.

Biopsie: in corso di gastroscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi per l'esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza) o prelievi citologici (campioni cellulari acquisiti con un particolare spazzolino). I campioni così prelevati saranno poi inviati al servizio di Anatomia Patologica per gli esami del caso. Oltre ad aiutare nella distinzione tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili per evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose dell'esofago, dello stomaco o del duodeno, per effettuare la ricerca dell'*Helicobacter pylori* e per la conferma di celiachia.

La preparazione alla gastroscopia

E' indispensabile che lo stomaco sia vuoto.

Il paziente deve essere digiuno da almeno 8 ore; la presenza di residui alimentari limita il campo e, in caso di vomito, può favorire il passaggio di residui alimentari nelle vie respiratorie con eventuale polmonite ab- ingestis potenzialmente mortale!

Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile che il medico 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.

Nel caso in cui il paziente assuma farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, in previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione, previo consulto con lo specialista di riferimento.

Nel caso di allergia al lattice si renderà necessario l'utilizzo di materiali particolari.

In previsione di particolari atti endoscopici operativi, sulla scorta dell'anamnesi del paziente, degli esami clinico-strumentali eseguiti in precedenza e dell'esistenza di possibili fattori di rischio, sarà considerata preventivamente l'opportunità di eseguire test ematici per la valutazione dell'assetto coagulativo.

Se tra le indicazioni dell'esame vi è anche la ricerca dell'infezione da *Helicobacter pylori* il paziente dovrebbe sospendere l'assunzione di inibitori di pompa protonica e di antibiotici da almeno un mese.

Complicanze principali della gastroscopia diagnostica

- **complicanze cardiorespiratorie:** desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico e shock (< 0.9%).
- **emorragia:** clinicamente significativa è possibile anche se rara (meno dello 0.5% degli esami). Essa è più probabile nei soggetti con trombocitopenie e/o coagulopatie. La gestione di un sanguinamento può richiedere il ricorso a trasfusioni, trattamenti endoscopici, radiologici interventistici e chirurgici.
- **perforazione e lacerazioni:** rarissime (0.0004%), legate prevalentemente a fattori predisponenti come la presenza di osteofiti cervicali anteriori (prominenza ossea sull'esofago), diverticolo di Zenker, ingestione di caustici, stenosi esofagee, neoplasie, diverticoli duodenali. Tali complicanze possono richiedere un trattamento conservativo con posizionamento di sondino naso-gastrico, digiuno e copertura farmacologica, chiusura endoscopica della breccia con clip metalliche o un intervento chirurgico di riparazione; il tasso di mortalità è compreso tra il 2% ed il 36%.

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. Qualora l'esame sia eseguito in sedazione, al termine può residuare temporaneamente sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia.

Ad ogni modo il paziente può essere dimesso solo se accompagnato e non può quindi guidare auto o motoveicoli o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.

La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari al momento della dimissione.

Se non è stata praticata alcuna sedazione il paziente potrà tornare a casa anche da solo.

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.

A seguito di esame endoscopico, il paziente sarà escluso temporaneamente, per un periodo di 4 mesi, da una eventuale donazione di sangue.

Quali sono le alternative alla gastroscopia

Alternativa alla gastroscopia è la radiografia del primo tratto digerente con mezzo di contrasto: ha una minore accuratezza diagnostica, non consente biopsie né procedure operative e spesso deve essere comunque

integrata da una successiva endoscopia. L'alternativa alle procedure interventistiche è rappresentata per lo più dall'intervento chirurgico che comporta rischi maggiori.

La gastroscopia rappresenta l'esame di scelta per diagnosticare lesioni organiche, come ulcere e tumori, con un'accuratezza superiore al 95%, e permette al medico di individuare la causa dell'insorgenza di molti sintomi attribuibili a patologie del tratto digestivo superiore.

Come si disinfettano/sterilizzano gli strumenti

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l'utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori pluriuso) sono puliti a fondo immediatamente dopo ogni procedura con detergenti. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l'endoscopio) è sottoposto a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lavaendoscopi.

Gli accessori riutilizzabili (pinze, anse da polipectomia, ecc.), sono considerati strumenti critici e, dopo essere stati sottoposti ad accurato lavaggio, vengono sottoposti a un processo di sterilizzazione.

NOTA SUL MONOUSO: *Gli accessori monouso vengono smaltiti, dopo l'impiego, secondo la normativa di legge vigente. A tutela della sicurezza degli utenti non è previsto il loro recupero e riutilizzo.*

NOTA SULLA STRUTTURA OSPEDALIERA: adeguata per la gestione delle procedure e delle eventuali complicanze.

Procedure integrative a finalità DIAGNOSTICO/OPERATIVA che possono essere attuate durante la gastroscopia

La gastroscopia operativa generalmente ha un rischio aumentato rispetto agli esami diagnostici e dipendente dal tipo di trattamento che viene effettuato: alcune di queste procedure vengono eseguite in regime di ricovero.

Polipectomia. È una tecnica endoscopica che consente l'asportazione di lesioni polipoidi piane, sessili o peduncolate del tubo digestivo, mediante l'utilizzo di pinze e/o anse eventualmente collegate a un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. Le complicanze più frequenti 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%.

Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica (EMR ed ESD). L'EMR o mucosectomia (Resezione Endoscopica della Mucosa) e l'ESD (Dissezione Endoscopica Sottomucosa) sono tecniche avanzate di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali. Esistono varie tecniche di esecuzione: quella più comune è la tecnica che prevede l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni che sollevano la lesione. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica nella EMR o con dissectore libero nella ESD: *quest'ultima tecnica è particolarmente complessa e può richiedere anche tempi particolarmente lunghi (diverse ore) per l'esecuzione.*

Le complicanze più frequenti per la mucosectomia endoscopica sono rappresentate dalla perforazione, dall'emorragia e dalla stenosi con un'incidenza che varia dallo 0.5% al 5%, mentre per la dissezione endoscopica sottomucosa le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla perforazione (fino al 6%), dall'emorragia (fino al 11%). La mortalità può raggiungere lo 0,25%.

Emostasi. Ha come obiettivo l'arresto di un'emorragia. Le terapie emostatiche includono tecniche termiche, iniettive, meccaniche e biochimiche. 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 $\geq 4.5\%$).

Nel caso di emorragie varicose le complicanze sono: il sanguinamento tardivo post-procedura, l'aspirazione di sangue nelle vie respiratorie, la perforazione, l'ulcerazione o l'ematoma intramurario nel sito di iniezione di sostanza emostatica, la stenosi e l'embolia. Nel caso di emorragie non varicose le complicanze sono: l'aspirazione di sangue nelle vie respiratorie, la perforazione e l'esacerbazione del sanguinamento.

Rimozione di corpi estranei. Le complicanze di tale procedura sono la lacerazione mucosa ($\leq 2\%$), l'emorragia ($\leq 1\%$) e la perforazione ($\leq 0.8\%$). Il tasso di mortalità, sia pur minimo, è strettamente correlato alle complicanze della procedura. La gestione per particolari corpi estranei (taglienti o appuntiti, disk battery,

magneti, ovuli contenenti droghe) è gravata da complicanze e mortalità aumentate in relazione alla tipologia del corpo estraneo.

Dilatazione di stenosi. La dilatazione avviene inserendo, su filo guida precedentemente posizionato nel tratto ristretto (stenotico), un dilatatore che può essere idro-pneumatico (palloncino a dilatazione progressiva a riempimento di acqua o aria) o meccanico (sonda rigida di calibro progressivo); possono essere necessarie più sedute. La dilatazione delle stenosi ha come complicanze la perforazione e l'emorragia con tasso totale compreso tra lo 0.1 e 0.4%. Tali percentuali aumentano nel caso di dilatazione pneumatica per acalasia, raggiungendo valori compresi tra 1.6 e 8%. La mortalità varia dallo 0.1 allo 0.5%.

Posizionamento di endoprotesi. L'endoprotesi è un dispositivo medico, transitorio o permanente, che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. Le endoprotesi sono "piccoli tubi" di plastica o di metallo. La manovra di posizionamento avviene sotto visione radiologica e/o endoscopica e consiste nell'inserire l'endoprotesi su filo guida attraverso il tratto stenotico o fistoloso. Le patologie che possono richiedere il trattamento con endoprotesi sono le stenosi o le fistole benigne, e la palliazione delle stenosi maligne inoperabili; nel posizionamento di endoprotesi si distinguono complicanze precoci (2-12%) e tardive. Le prime sono rappresentate da: aspirazione di materiale gastro-enterico nelle vie respiratorie, difficoltà respiratoria da compressione tracheale, sanguinamento e perforazione. Le tardive sono l'ostruzione (14-27%), la fistolizzazione (fino al 6%) e la dislocazione della protesi (3-20%). La mortalità è dell'1%.

Cromoendoscopia. L'utilizzo endoscopico di coloranti vitali permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni.

Tatuaggio. L'utilizzo di soluzioni di carbone sterile permette la "marcatura" di lesioni neoplastiche per facilitarne l'individuazione in corso di successive endoscopie o di interventi chirurgici. Le complicanze sono dello 0-2%.