NOTE INFORMATIVE ALL' ESAME DI ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA e OPERATIVA

CHE COSA E' ?

L' **ecoendoscopia** (o endoscopia ultrasonografica : **EUS**) è la metodica endoscopica che consente di effettuare un esame ecografico all'interno di una cavità corporea.
Nel caso dell'ecoendoscopia digestiva tale esame permette lo studio delle pareti di alcuni tratti dell'apparato digerente superiore ed inferiore (esofago, stomaco, duodeno, retto) e di strutture circostanti, in particolare del mediastino posteriore ,delle vie biliari,del pancreas,della regione retroperitoneale e dello scavo pelvico

COME SI SVOLGE ?

L'esame può essere effettuato con lo strumento "radiale" (che incorpora una piccola sonda ecografica in un endoscopio a visione frontale simile al comune gastroscopio) o con l'ecoendoscopio "lineare" (sonda ecografica più voluminosa che si dispone davanti ad un endoscopio a visione laterale); tale secondo strumento, di maggiore impegno sia per l'operatore sia per il Paziente, consente di effettuare procedure interventistiche di tipo diagnostico (biopsie) e/o terapeutiche (ad esempio posizionamento di drenaggi, alcoolizzazione del plesso celiaco, ecc.). L'esame ecoendoscopico del tratto digestivo superiore è teoricamente molto simile alla gastroscopia ma necessita di un tempo di esecuzione significativamente maggiore che può variare a seconda del quesito clinico-diagnostico richiesto e a seconda che la procedura sia esclusivamente diagnostica o che sia completata con l'esecuzione di un prelievo cito/istologico o che sia una procedura operativa terapeutica. Inoltre la particolare ottica degli strumenti ecoendoscopici che è rivolta obliquamente e non frontalmente come in un gastroscopio standard rende il movimento dello strumento di maggiore difficoltà rispetto ad una diagnostica endoscopica normale.

L'ecoendoscopia radiale del tratto digerente superiore viene effettuata con il Paziente digiuno dalla sera precedente, in decubito laterale sinistro, dopo estrazione di protesi dentarie mobili, con l'ausilio di sedazione farmacologica (generalmente si utilizza *midazolam* eventualmente associato a *petidina* e *butil-scopolamina*); l'esame è di regola effettuato in regime ambulatoriale.

L'ecoendoscopia lineare, più difficile tecnicamente e meno tollerata dal Paziente, prevede la possibilità di effettuare manovre interventistiche e viene, quindi, generalmente praticata in regime di ricovero ospedaliero con l'ausilio di sedazione profonda con assistenza dell'anestesista; nel caso di alcune procedure invasive (in particolare punture di lesioni cistiche o trans-rettali) si rende necessario effettuare la profilassi antibiotica durante la procedura ed eventualmente anche con dosi successive.
Il medico/equipe indicherà al paziente quando assumere o variare il dosaggio di alcuni farmaci quali gli anticoagulanti e/o antiaggreganti (coumadin, aspirina, clopidogrel etc.). In previsione di atti endoscopici operativi sulla scorta dell'anamnesi del paziente, dell'esame clinico e dell'esistenza di possibili fattori di rischio sarà richiesto di eseguire i test di valutazione dell'assetto coagulativo. Se necessario, saranno sospesi per i giorni previsti i farmaci antiaggreganti e/o anticoagulanti e saranno somministrate terapie sostitutive. In caso di allergia al lattice, il paziente deve informarne preventivamente e tempestivamente il medico/equipe perché l'esecuzione in sicurezza dell'esame necessità di una particolare preparazione della sala ecoendoscopica atta a ridurre al minimo i rischi di contatto con lattice prima durante e dopo la procedura

L'ecoendoscopia rettale viene di regola praticata in regime ambulatoriale con sedazione farmacologica e prevede la semplice effettuazione preliminare di clisma al mattino dell'esame .
La procedura dura in genere 30-60 minuti

A COSA SERVE?

L'EUS è un esame di secondo livello in grado di fornire informazioni molto dettagliate che altre metodiche diagnostiche, non invasive, non sono in grado di fornire. Essa è utile per un'accurata valutazione e stadiazione delle lesioni neoplastiche epiteliali identificate ad un precedente esame

endoscopico; in particolare, l'EUS valuta la profondità di infiltrazione della parete e la eventuale diffusione locale della neoplasia in rapporto ai linfonodi, mediante esecuzione di biopsie ecoendoguidate (EUS-FNA) e ai vasi sanguigni distrettuali. Inoltre essa è in grado di valutare e differenziare le lesioni sottomucose (es. Gastro-Intestinal Stromal Tumor - GIST) da lesioni vascolari o compressioni ab-extrinseco fornendo (attraverso la FNA) dati sulla loro precisa origine e natura per una corretta decisione terapeutica. L'EUS è inoltre la metodica migliore per la diagnosi delle malattie infiammatorie del pancreas e delle vie biliari (pancreatite acuta e cronica, calcolosi della via biliare principale) così come delle neoplasie esocrine ed endocrine del pancreas, delle vie biliari extraepatiche e della regione ampollare. L'EUS può identificare neoplasie del pancreas, delle vie biliari o della colecisti quando le altre tecniche diagnostiche sono dubbie o inconclusive, o addirittura risultino essere negative. Questo avviene soprattutto in caso di lesioni di piccole dimensioni (< 2 cm) in cui l'ecoendoscopia può eseguire la diagnosi confermando la natura della lesione mediante l'esecuzione di un campionamento cito/istologico

QUALI SONO I RISCHI LEGATI ALLA NON ESECUZIONE DELL'ECOENDOSCOPIA ?

La non effettuazione della procedura potrebbe portare ad una diagnosi e ad una terapia non corretta dell'eventuale patologia in atto.

QUALI SONO LE COMPLICANZE DELL'ECOENDOSCOPIA ?

In generale la maggioranza dei dati della Letteratura scientifica afferma che i rischi di perforazione degli esami ecoendoscopici sono statisticamente paragonabili a quanto avviene nei comuni esami endoscopici (0,03-0,07%, mortalità 0.02%); una lettura critica di tali dati rende, però, necessario riconoscere alcune situazioni critiche come le intubazioni esofagee difficoltose (in particolare con l'ecoendoscopio lineare) che comportano l'aumentato rischio di perforazione dell'esofago cervicale, il transito dello strumento attraverso stenosi neoplastiche o benigne dell'esofago (riconosciuto come fattore indipendente di rischio di perforazione). E' necessario, inoltre, considerare che il rischio specifico di incidenza di perforazione duodenale (maggiore nel caso di Paziente di età avanzata ed in presenza di neoplasie della regione cefalo-pancreatica che riducono l'elasticità e la mobilità del viscere) non è stato statisticamente determinato (alcuni studi su casistiche selezionate descrivono un rischio di 0,9%). Si rende necessario specificare che nel caso di evenienza di perforazione è, nella maggioranza dei casi, indicato trattamento chirurgico con carattere di urgenza.
I rischi correlati all'effettuazione di agoaspirato sono sostanzialmente:
- l'infezione sistemica asintomatica (0-6%) o febbrile (0.4-1%) (si noti che la metodica non è per definizione sterile prevedendo il passaggio dell'ago attraverso mucose colonizzate da flora microbica , ma le batteriemie, ossia il passaggio di batteri nel sangue , hanno incidenza molto bassa, paragonabile a quella delle biopsie effettuate in corso dei comuni esami endoscopici) e le infezioni dell'organo biopsiato (irrilevanti nelle lesioni solide, ma con la necessità di profilassi antiinfettiva nel caso di lesioni cistiche e perirettali o di procedure terapeutiche)

Emorragie : sono descritte emorragie di scarso rilievo clinico ed auto-limitantesi all'interno del lume dei visceri cavi nel 4% dei casi; sono infrequenti anche le emorragie a carico degli organi biopsiati con una maggiore incidenza nel caso di ricca vascolarizzazione (ad esempio tumori neuroendocrini, tumori stromali) o di lesioni cistiche (le emorragie intracistiche sono, comunque, generalmente autolimitantesi).

Pancreatite : in tutte le procedure invasive a carico del pancreas si verifica con elevata percentuale incremento ematico degli enzimi pancreatici (iperamilasemia nel 10 % dei casi) generalmente in assenza di sintomatologia e,quindi senza rilievo clinico;una vera pancreatite può verificarsi in percentuale variabile da 0,4 al 2%, in particolare nei casi di patologia benigna e nei Pazienti con pancreatite acuta ricorrente; a particolare rischio è il passaggio dell'ago attraverso il dotto pancreatico principale.

Sintomatologia dolorosa addominale o toracica post-procedurale è riportata in alcune casistiche anche in assenza di complicanze dimostrabili, ma talora associata a pneumoperitoneo o pneumotorace (incidenza non determinata in Letteratura, ma certamente molto bassa).

Le complicanze associate alle procedure terapeutiche, come neurolisi del plesso celiaco, drenaggio di pseudocisti pancreatiche e confezionamento di pseudocisto-gastro e duodenostomie, coledoco-duodenostomie ed epatico-gastrostomie, terapie ablative ecoendoscopiche delle neoplasie pancreatiche ed altre procedure di più recente introduzione necessitano di discussione specifica considerando tutte le caratteristiche anatomiche e cliniche del singolo caso, che costituiscono variabili significative.

Altri rischi potenziali generici, legati più o meno strettamente alla metodica in questione, sono le reazioni avverse ai farmaci sedativo-ipnotici (comunemente utilizzati per rendere più sopportabile l'esame endoscopico) e l'inalazione accidentale di materiale gastrico nei polmoni

Cosa succede dopo una EUS

Al termine della procedura, sia che sia stata eseguita in Sedazione Profonda con assistenza anestesiologica, che in Sedazione Cosciente, il paziente verrà tenuto in osservazione fino a quando l'effetto della Sedazione sarà smaltito e a giudizio del Medico Responsabile sarà possibile la sua dimissione. Al paziente viene negata la possibilità di condurre veicoli e/o svolgere attività che richiedano prontezza di riflessi per le 24 ore successive alla procedura endoscopica. Per tale motivo è necessario che i pazienti ambulatoriali vengano accompagnati da un adulto il giorno dell'esame. La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari al momento della dimissione. Una terapia con antibiotici viene iniziata durante la procedura ecoendoscopica e prolungata per lo meno nei 4 giorni successivi, nel caso in cui il paziente venga sottoposto ad una procedura di ago-aspirazione (cisti pancreatiche, lesioni peri-rettali) o drenaggio EUS-guidato di raccolte (pancreatiche o mediastiniche o peri-rettali). Dopo la procedura endoscopica il paziente potrebbe lamentare mal di gola o gonfiore addominale a causa dell'aria e dell'acqua che vengono introdotte durante l'esame. Potrà regolarmente mangiare dopo qualche ora dalla procedura (è preferibile attendere almeno 6 ore per le procedure terapeutiche; bastano 2 ore per quelle diagnostiche).

Data _____ Firma _____