



Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Direttore: Sergio Segato

NOTE INFORMATIVE ALL' ESAME DI ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA e OPERATIVA : PAZIENTI DEGENTI

L' Esofago-gastro-duodenoscopia (gastroscopia) è una tecnica mediante la quale il medico può guardare nel vostro esofago, stomaco e duodeno per vedere se esiste una lesione che causi i vostri disturbi. Permette anche di ottenere in modo semplice ed indolore dei campioni di tessuto da esaminare.

L' endoscopia è un tubo flessibile del diametro di 8-9 mm con una luce chiara al suo termine che verrà fatto passare attraverso la vostra bocca nello stomaco e nel duodeno

COSA FARE PRIMA DELL' ESAME ?

Dovrete essere a digiuno dalla mezzanotte ed è meglio che siate accompagnati da qualcuno.

Portate con voi l'impegnativa del Medico curante ,gli esami radiologici ed i referti di precedenti gastroscopie. E' importante segnalare al medico eventuali allergie a farmaci e terapie in atto che possono modificare la coagulazione del sangue (anticoagulanti, antiaggreganti... ecc.). Nel caso di allergia al lattice si renderà necessario uno specifico allestimento della sala di endoscopia e l'utilizzo di materiali particolari.

COME SI ESEGUE LA GASTROSCOPIA

Verrete fatti accomodare su un lettino; dovrete poi togliere dalla bocca qualsiasi protesi dentaria mobile. La Gastroscopia è di breve durata, non interferisce con la normale respirazione, non è dolorosa, tuttavia alcuni individui la trovano fastidiosa.

Per migliorare la compliance all'esame vi verrà somministrato un farmaco per via endovenosa. Le benzodiazepine più comunemente impiegate sono il Diazepam (Valium) e il Midazolam (Ipnovel) che possono essere associate ad un antispastico , il N-butil bromuro di joscina (Buscopan), o ad un antidolorifico (Petidina Cloridrato). Nel caso in cui ,nonostante la sedazione, l'esame non fosse eseguibile lo stesso verrà interrotto ed eventualmente riprogrammato con assistenza anestesiológica.

Verrà somministrato un anestetico locale spray in bocca per diminuire la possibilità di conati di vomito.

Dopo la premedicazione sarete fatti sdraiare sul fianco sinistro e l'esame avrà inizio. Dovrete aprire la bocca, vi sarà posto un boccaglio tra i denti per evitare qualsiasi morsicatura allo strumento e traumi ai denti. – Durante l'esame è utile mantenere , per quanto possibile, un comportamento rilassato e collaborativo, evitare atteggiamenti reattivi e controllare eventuali conati di vomito con una respirazione profonda e regolare. Verrà insufflata aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria. Saranno monitorate, frequenza cardiaca e saturazione di ossigeno.

QUALI SONO LE COMPLICANZE DELLA GASTROSCOPIA ?

Globalmente le complicanze della gastroscopia diagnostica corredata dalla esecuzione di biopsie sono inferiori al 4 per mille (perforazione, emorragia)

Talvolta il medico potrà ritenere opportuno prelevare piccoli frammenti di tessuti (biopsie) che verranno inviati per l'analisi microscopica (esame istologico).

La disinfezione corretta degli strumenti garantisce che non ci sia rischio di trasmissione di infezioni

PROCEDURE OPERATIVE CHE POSSONO ESSERE ATTUATE DURANTE GASTROSCOPIA.

LA POLIPECTOMIA

I polipi sono rilevatezze della mucosa, di solito benigni, frequenti dopo i 50 anni. Essi possono dare complicanze quali sanguinamenti, ostruzione intestinale, ma soprattutto, in alcuni casi, possono trasformarsi in tumore maligno. Tali polipi, che in passato richiedevano un vero e proprio intervento chirurgico, possono essere asportati durante la gastroscopia utilizzando un particolare bisturi elettrico a forma di cappio in modo del tutto indolore. Il polipo viene recuperato ed inviato per l'esame istologico. Per eseguire la polipectomia è necessario che la capacità di coagulazione del sangue sia normale; vi verrà pertanto richiesto dal medico se state assumendo farmaci anticoagulanti ed antiaggreganti. La polipectomia è un vero e proprio intervento chirurgico e come tale comporta dei rischi: le complicanze si verificano in circa 1% dei casi e sono l'emorragia e la perforazione. L'emorragia in genere si autolimita o si arresta con mezzi endoscopici; a volte può rendersi necessario il ricovero ospedaliero per l'osservazione; raramente richiede l'intervento chirurgico per il suo arresto. La perforazione è la complicanza più grave e generalmente richiede l'intervento chirurgico.

L'alternativa terapeutica alla polipectomia endoscopica è rappresentata dall'asportazione chirurgica.

TECNICHE AVANZATE DI RESEZIONE ENDOSCOPICA (EMR ed ESD)

L'EMR o mucosectomia (Resezione endoscopica della mucosa e della sottomucosa) 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 "lift and cut" che prevede l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione (mucosa e la sottomucosa) dalla muscolare propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica nella EMR o con dissektore libero nella ESD. 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%

DIATERMOCOAGULAZIONE CON ARGON GAS

Consiste nel trattamento termico di rilevatezze della mucosa, tessuto di qualunque natura che ostruisca il lume del viscere, base di impianto di polipi sessili dopo l'asportazione della parte rilevata, e lesioni vascolari che sanguinino o che presentino rischio di sanguinamento, mediante l'uso di un gas ad Argon che brucia e distrugge la superficie da trattare. Il gas Argon viene introdotto sotto forma di vapore ed attivato mediante un impulso elettrico con creazione di una fonte di calore molto elevata, che viene indirizzata sotto visione diretta dell'operatore sul tessuto da trattare e che ne determina la distruzione in modo permanente. L'effetto termico e la sua profondità di penetrazione dipendono dal tempo di esposizione del tessuto da trattare alla fonte di calore.

La complicanza più temibile della diatermocoagulazione è la perforazione (0,3% - 3%), che dipende dalla durata di applicazione della fonte di calore sul tessuto e dallo spessore della parete del viscere. Dopo interventi estesi, il riscaldamento della parete può comportare nel 20% dei casi una reazione peritoneale transitoria, caratterizzata da dolore addominale e distensione dell'addome, che si risolve spontaneamente nelle 12 ore successive all'intervento.

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 ($\leq 5\%$, con mortalità $\geq 4.5\%$). È possibile eseguire la legatura elastica delle varici anche come forma di profilassi primaria, cioè nei casi in cui non si è mai verificato un sanguinamento. In questo caso la percentuale di complicanze varia dal 5 al 15%. Nel caso di emorragie varicose, così come nella legatura profilattica, 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 e la stenosi. Nel caso di emorragie non varicose le complicanze sono: la perforazione e l'esacerbazione del sanguinamento.

RIMOZIONE DI CORPI ESTRANEI

Rimozione di corpi estranei. Vari sono gli accessori che consentono la rimozione di corpi estranei accidentalmente o volontariamente introdotti nel tratto digestivo alto. In casi particolari, come la presenza di oggetti acuminati, è possibile posizionare sull'estremità distale dell'endoscopio una cuffia di protezione per evitare lesioni durante la rimozione. Le complicanze di tale procedura sono la lacerazione mucosa ($\leq 2\%$), l'emorragia ($\leq 1\%$), la perforazione ($\leq 0.8\%$). Il tasso di mortalità, sia pur minimo, è strettamente correlato alle complicanze della procedura. Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom) dal momento che l'eventuale rottura dell'involucro durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe con conseguente sindrome da overdose ed elevato rischio di morte; non è pertanto indicato in genere procedere alla rimozione di corpi estranei di questa natura per via endoscopica.

Per tutti i trattamenti sopraindicati è possibile che si verifichi un sanguinamento a distanza di circa una settimana, dovuto al distacco dell'escara creata dalla procedura; esso di solito si risolve spontaneamente ma, nel caso si verificasse, dovete mettervi in contatto con il Servizio di Endoscopia Digestiva negli orari di apertura o con il Pronto Soccorso nelle altre fasce orarie.

QUALI SONO LE 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. 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.

Data _____

Firma _____