U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Direttore: Sergio Segato

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'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.

Normalmente il paziente deve essere preparato con esami ematologici che dimostrino regolari parametri della coagulazione (Piastrine sup. a 50.000, PT-INR inf. a 1,5), Elettrocardiogramma e Radiografia del torace; nel caso di trattamenti farmacologici, è possibile proseguire il trattamento antiaggregante con salicilati, mentre è necessaria la sospensione preventiva di clopidogrel e ticlopidina da almeno una settimana; il trattamento con anticoagulanti orali necessita di monitoraggio preliminare del PT-INR e, di regola, la sospensione di *Coumadin* o *Sintrom* ed il passaggio alla terapia con eparina a basso peso molecolare che deve essere, comunque, sospesa 24 ore prima della procedura.

Nel caso di normale decorso il Paziente può venire dimesso dopo 24 ore in attesa dell'esito degli eventuali esami cito-istologici, biochimici e microbiologici praticati.

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 ?

I più recenti dati della Letteratura scientifica dimostrano che attualmente l'ecoendoscopia è da considerare un imprescindibile complemento nella diagnostica di molte patologie benigne e consente di identificare e stadare numerose neoplasie, permettendo inoltre il prelievo di cellule e frammenti di tessuto con buon profilo di sicurezza, ottima precisione (rivela lesioni di diametro inferiore al centimetro), scarsa tendenza a produrre "seeding" (diffusione della malattia tumorale attraverso il tragitto dell'ago), possibilità di raggiungere sedi anatomiche difficili o impossibili se non con metodiche chirurgiche.

Le principali indicazioni all'effettuazione dell'esame ecoendoscopico sono la stadiazione di neoplasie endoluminali dell'apparato digerente (con possibilità di valutare il "TNM" ossia la neoplasia primitiva, la diffusione ai linfonodi circostanti e le metastasi in alcuni organi) la definizione diagnostica di lesioni sottomucose del tratto digerente (sospettabili, ma non caratterizzabili con i comuni esami endoscopici) di neoplasie delle vie biliari e del pancreas (non identificabili o non sufficientemente caratterizzabili da TC e/o RM) di malattie benigne delle vie biliari (in particolare la calcolosi del coledoco) e del pancreas, di masse del mediastino e l'esecuzione di terapie (alcolizzazione del plesso celiaco, aspirazione di lesioni cistiche o ascessuali, posizionamento di drenaggi, terapia ablativa endoscopica di lesioni neoplastiche del pancreas ...)

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%); 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); è 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 (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.