MODULO INFORMATIVO ALLA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

COS’È E COME SI SVOLGE L’ EGDS?

L’esofagogastroduodenoscopia è una procedura che permette la visione completa dell’interno dell’esofago, dello stomaco e del duodeno. L’esame viene effettuato con uno strumento costituito da una sonda flessibile di diametro di circa 1cm che viene introdotto nella bocca del paziente e, attraverso la gola (faringe), arriva prima in esofago, poi nello stomaco e infine nel duodeno. All’apice dell’endoscopio vi è una telecamera che permette la visione della mucosa che sarà poi riprodotta su uno schermo. All’estremità superiore del tubo viene posto un gel lubrificante per facilitare lo scorrimento dello stesso attraverso la faringe. Per effettuare l’esame il paziente viene posizionato sul fianco sinistro con la testa reclinata leggermente verso il basso. Viene quindi messo tra i denti un boccaglio all’interno del quale passo lo strumento. L’endoscopista osserva quindi l’esofago, lo stomaco e il duodeno ed è in grado di escludere o meno la presenza di patologie (infiammazioni, erosioni, ulcere, lesioni benigne e maligne).

**Procedure integrative a finalità diagnostica che possono essere attuate durante la gastroscopia:**

* Biopsie: in corso di gastroscopia, attraverso un canale operativo dell’endoscopio è possibile introdurre una pinza bioptica ed effettuare delle biopsie (pezzi millimetrici di mucosa) che verranno analizzate per porre una diagnosi istologica. Oltre che aiutare a distinguere tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili a individuare la presenza di condizioni precancerose dell’esofago, dello stomaco o del duodeno, per effettuare la ricerca di una eventuale infezione da Helicobacter Pylori (in tal caso il paziente deve sospendere l’assunzione di inibitori di pompa protonica da almeno due settimane ed antibiotici da almeno un mese), o per la diagnosi di celiachia. Al termine della procedura il medico consegnerà al paziente il referto della procedura e gli darà informazioni su come ritirare il referto dell’eventuale esame istologico.
* Cromoendoscopia: l’utilizzo endoscopico di coloranti vitali o di contrasto permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni. I coloranti vengono spruzzati sulla mucosa attraverso un catetere che passa nel canale operativo dello strumento.
* Tatuaggio: l’utilizzo dell’inchiostro di china sterile permette la marcatura di lesioni neoplastiche per facilitarne l’individuazione in corso di successive endoscopie o di interventi chirurgici.

**NOTA BENE: Al momento della procedura, per poter eseguire le biopsie contestualmente all’esame diagnostico, è necessario avere con sé le seguenti impegnative:**

**- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsie (Cod. 45.16)**

**- Esame istopatologico apparato digerente (sedi multiple) (Cod. 91.41.4)**

1. **Procedure integrative a finalità operativa che possono essere attuate durante la gastroscopia:**
2. **Polipectomia, Mucosectomia (EMR)**: sono procedure endoscopiche che consentono l’asportazione di lesioni polipoide sessili o peduncolate o lesioni non polipoidi (LNP) dell’apparato digerente, mediante l’utilizzo di anse diatermiche collegate ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. Le complicanze della polipectomia sono rappresentate dalla **perforazione, dall’emorragia e dalla stenosi** con un’incidenza che varia dal 3.4 all’ 11% a seconda delle dimensioni della lesione da asportare. La mortalità può raggiungere lo 0.25%.
3. **Emostasi**: ha come obiettivo l’arresto dell’emorragia. Le terapie emostatiche possono essere iniettive, termiche o meccaniche, talora associate. Il tasso di complicanze varia a seconda che si tratti di emorragia varicosa in cirrotico (35-78% con una mortalità dell’1-5%) o non varicose (<5%, con mortalità >4.5%). In casi particolari è possibile eseguire la legatura delle varici esofagee anche come profilassi primaria, cioè senza che si sia verificato il sanguinamento, con complicanze variabili dal 5 al 15%. Nel caso delle 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 della sostanza emostatica e la stenosi. Nel caso delle emorragie non varicose le complicanze sono: la perforazione o l’esacerbazione del sanguinamento.
4. **Rimozione di corpi estranei:** viene effettuata con strumenti specifici introdotti nel canale operativo dell’endoscopio (pinza a coccodrillo, a dente di topo, ansa, cestello, retino) che consentono di afferrare il corpo estraneo ed estrarlo attraverso la bocca o sospingerlo verso lo stomaco. Le complicanze sono: la lacerazione mucosa (<2%), l’emorragia (<1%) e la perforazione (<0.8%).
5. **Dilatazione di stenosi**: avviene inserendo, su filo guida posizionato oltre il tratto stenotico, un dilatatore idro-pneumatico (palloncino riempito con aria o acqua) o una sonda rigida di calibro progressivo. Possono essere necessarie più sedute per la risoluzione della patologia in quanto la dilatazione deve essere lenta e progressiva. Le complicanze sono la perforazione e l’emorragia (0.1-0.4%) con mortalità che varia dallo 0.1 allo 0.5%.
6. **Posizionamento di endoprotesi:** l’endoprotesi è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà di un viscere. Essa può essere di plastica o metallica. La manovra di posizionamento avviene sotto visione endoscopica e radiologica e consiste nell’inserire l’endoprotesi su filo guida attraverso il tratto stenotico. Le patologie che possono richiedere il posizionamento di endoprotesi sono le stenosi benigne o la palliazione di stenosi maligne inoperabili o operabili dopo chemio/radioterapia. Nel posizionamento di endoprotesi si distinguono complicanze precoci (2-12%) e tardive. Le complicanze precoci sono rappresentate da: sanguinamento, perforazione, aspirazione di materiale gastro-enterico nelle vie respiratorie, difficoltà respiratorie da compressione sulla trachea- Le tardive sono rappresentate da: ostruzione (14-27%), fistolizzazione (fino al 6%), la dislocazione della protesi (3-20%). La mortalità è dell’1%.

LA GASTROSCOPIA È DOLOROSA?

L’esame dura di solito pochi minuti, e pur non essendo doloroso, può provocare fastidio soprattutto durante la fase di intubazione. Anche se durante tale fase il paziente può provare sensazione di soffocamento, in realtà è in grado sempre di respirare poiché lo strumento è introdotto nelle vie digestive e non in quelle aeree. Durante l’esame il paziente deve concentrarsi unicamente sulla respirazione, compiendo respiri lenti e profondi, preferibilmente attraverso il naso, ed evitare movimenti bruschi e soprattutto di toccare lo strumento con le mani. Per poter ridurre al minimo il fastidio della procedura è consigliabile effettuare l’esame somministrando una modica dose di ansiolitico per via endovenosa. Pur essendo somministrati con la dovuta prudenza, tali farmaci hanno rari effetti collaterali (i piùgravi sono l’arresto respiratorio e reazioni allergiche) che possono richiedere, tra le cure immediate, la somministrazione di altri farmaci, sempre per via endovenosa. Nel caso decidesse di praticare la sedazione, il paziente dovrà essere accompagnato da qualcuno in grado di guidare l’automobile, dal momento che gli sarà consigliato di astenersi dalla guida per tutta la giornata.

LA GASTROSCOPIA DIAGNOSTICA È RISCHIOSA?

La gastroscopia è una procedura sicura, ma come per tutti gli esami cosiddetti invasivi può presentare delle complicanze:

1. **Complicanze cardiache o respiratorie**, date da farmaci sedativi o analgesici. Si tratta di complicanze rare, che diventano ancora più rare riducendo la dose di questi farmaci nelle persone anziane o in quelle affette da importati patologie cardio-polmonari. La valutazione medica generale che l’endoscopista effettua per ogni paziente permette di ridurre al minimo questo rischio e di condurre l’esame in condizioni di grande sicurezza. Infatti, in caso di sedazione, durante tutto l’esame e anche per alcuni minuti al termine di esso, il paziente viene attentamente monitorato per quanto riguarda la frequenza cardiaca e l’attività respiratoria attraverso uno strumento dedicato chiamato “pulsossimetro”, in modo da avere in tempo reale informazioni sull’attività cardio-respiratoria e quindi intervenire immediatamente qualora le circostanze lo richiedessero.
2. **Sanguinamento**: si tratta di un evento eccezionale, si verifica in genere dove sono state effettuare delle biopsie, e quasi sempre si arresta spontaneamente. In caso contrario, sarà lo stesso endoscopista ad effettuare l’emostasi e ciò comporterà un lieve aumento dei tempi della procedura.
3. **Perforazione:** ha un’incidenza assai bassa, e può comportare in casi eccezionali un intervento chirurgico in tempi rapidi qualora l’operatore non riesca a risolvere la complicanza per via endoscopica.

Va ribadito il concetto che si tratta di complicanze rare, che vanno dallo 0.002% nel caso dell’emorragia allo 0.0009% nel caso della perforazione (*Gastrointestinal Endoscopy 2001;53:620-27*)

**GESTIONE DELLE COMPLICANZE**

In caso di complicanze/insuccesso della procedura endoscopica potrebbe rendersi necessario, per risolvere il nuovo quadro clinico, un trattamento medico, chirurgico e radiologico, immediato o differibile, in relazione alla situazione, eseguibile presso la stessa Struttura ospedaliera o in altro ambiente.

Ove sopravvenisse una situazione clinica che imponga decisioni in emergenza (stato di necessità) i sanitari procederanno secondo la migliore pratica per la salvaguardia della salute del paziente.

**N.B: per qualsiasi tipo di informazione prima o dopo la procedura si prega di contattare la Struttura ai seguenti numeri: 082457316/082457302.**