

**S.C. GASTROENTEROLOGIA – ENDOSCOPIA DIGESTIVA**P.O. "Michele e Pietro Ferrero" Via Tanaro, 7/9 – 12060 Verduno CN  
gastroenterologia@aslcn2.it – Tel.0172 1408627 – 0172 1408118**Direttore** Dott.ssa M.A. La Terra**Coordinatore** G.Tonti**Staff Medico** Tel. 0172 1408116**Staff Infermieristico** Tel. 0172 1408117**ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA****note informative**

I medici che eseguono l'esame sono tutti specialisti in gastroenterologia ed endoscopia digestiva e gli infermieri sono tutti specificamente preparati per svolgere queste procedure; tutto il personale medico e infermieristico segue periodicamente corsi di aggiornamento accreditati. Al fine di escludere una possibile trasmissione di infezioni, prima di ogni esame tutte le attrezzature endoscopiche vengono rigorosamente deterse e sottoposte a ciclo di alta disinfezione con macchinari specifici. Tutti i materiali utilizzati (valvole, pinze, anse, aghi, clips...) sono rigorosamente sterili e monouso.

**L'esofagogastroduodenoscopia**, meglio conosciuta come "gastroscopia" ha una durata di pochi minuti, ma considerando i tempi di attesa, premedicazione, esecuzione ed osservazione al termine della procedura, è bene prevedere un periodo di circa 30-40 minuti..

Per poter esaminare tutta la mucosa esofagea, gastrica e duodenale ed escludere anche le più piccole anomalie, è necessario essere digiuni dalla sera prima dell'esame e non assumere liquidi nelle tre ore precedenti. Generalmente non è necessario sospendere le abituali terapie, tuttavia valuti con il suo medico l'eventuale necessità di sospendere alcuni farmaci (insulina, anticoagulanti orali, antiaggreganti...). In caso di esami operativi (polipectomie, dilatazioni...), nei giorni precedenti l'esame dovranno essere sospesi o sostituiti alcuni farmaci anticoagulanti ed antiaggreganti e potrebbe essere indicata una profilassi antibiotica per particolari patologie cardiovalvolari.

Prima di effettuare l'esame, potrà chiedere tutte le informazioni che ritiene opportune al personale dell'ambulatorio e dovrà nel contempo, fornire alcune informazioni relative al suo stato di salute (allergie, malattie, terapie abitualmente assunte, presenza di dispositivi elettronici come pace maker o elettrostimolatori che possono subire interferenze con le nostre apparecchiature). Si dovranno rimuovere occhiali e protesi dentarie mobili.

Per ridurre il disagio e rendere meno fastidiosa l'indagine, si potrà praticare una sedazione farmacologica per via endovenosa (benzodiazepine, antispastici, anestetici locali) con farmaci che non generano una anestesia totale, ma conservano coscienti o lievemente intorpiditi, rendendo molto più tollerabile la procedura. E' possibile che al termine dell'endoscopia si possa non ricordare molto dell'esame. Nel caso della sedazione è necessario venire accompagnati e considerare che nelle 12/24 ore successive all'esame non si potranno svolgere attività che richiedano particolare attenzione o concentrazione (guida di autoveicoli...).

Il **gastroscopio** è uno strumento flessibile con un calibro di circa 1 cm, ha una telecamera in punta che trasmette le immagini su un monitor e permette di visualizzare la mucosa e le strutture che si incontrano durante l'indagine. Questo viene introdotto previa lubrificazione attraverso il cavo orale fino alla seconda porzione duodenale, per distendere il lume e favorire la visione, generalmente viene insufflata dell'aria attraverso lo strumento. L'esame non è doloroso, ma l'aria insufflata può provocare un certo disagio all'addome e la stimolazione del faringe può suscitare conati di vomito. Durante l'esame è utile mantenere, per quanto possibile, un atteggiamento rilassato e collaborante, evitando improvvise reazioni potenzialmente dannose e controllando eventuali conati di vomito con delle profonde inspirazioni.

Al termine dell'esame endoscopico potrebbe persistere una sensazione di bruciore/dolore alla gola e/o una sensazione di gonfiore addominale. Questi sintomi, generalmente scompaiono spontaneamente entro le prime ventiquattrore.

Prima della dimissione, verrà consegnato il referto con una valutazione dell'indagine e le indicazioni terapeutiche, se necessarie. L'esito istologico di eventuali accertamenti biotipici eseguiti durante la procedura, potrà essere ritirato nei giorni successivi presso lo sportello "Ritiro Referti" del presidio sanitario da lei indicato.

**Procedure integrative** (che potrebbero essere eseguite durante l'esame):

- **Biopsie:**

Con una specifica pinza è possibile prelevare piccoli campioni di tessuto mucoso che verranno successivamente esaminati al microscopio (malattie infiammatorie, anomalie della mucosa, formazioni polipoidi o di aspetto tumorale, diagnosi di celiachia, ricerca Helicobacter). Questa è una procedura del tutto indolore e pressoché scevra da complicanze (sono possibili piccole emorragie nel sito della biopsia che generalmente si arrestano spontaneamente).

- **Controllo delle emorragie:**

L'emorragia del tratto digestivo superiore, è una condizione secondaria alla presenza di ulcere, varici, tumori o malformazioni vascolari, potenzialmente pericolosa per la vita; con l'endoscopia è possibile tentare l'arresto di tali emorragie che diversamente potrebbero necessitare di un intervento chirurgico d'urgenza.

Le metodiche utilizzate per bloccare eventuali emorragie sono:

- la tecnica iniettiva di sostanze specifiche in prossimità delle lesioni (adrenalina diluita, sclerosanti o colle di fibrina).
- la tecnica meccanica, con l'utilizzo di specifici device (endoclips metalliche, elastici o lacci emostatici).
- la tecnica di diatermocoagulazione (termocoagulazione con elettromedicali o mediante Argon Plasma).

E' anche possibile la combinazione di più tecniche, per una maggiore probabilità di successo nel trattamento emostatico.

Il tasso di riuscita o complicanza, varia secondo al tipo di emorragia trattata:

- se di natura varicosa (35-78%, con una mortalità del 1-5%)
- non varicosa ( $\leq 5\%$ , con mortalità  $\geq 4.5\%$ ).

È inoltre possibile praticare una legatura elastica delle varici per la profilassi primaria del sanguinamento.

In questi casi la percentuale di complicanze varia dal 5 al 15%.

Nel caso di emorragie di natura varicosa, così come nella profilassi delle stesse, le complicanze al trattamento possono essere: il sanguinamento tardivo post-procedurale; l'aspirazione di sangue attraverso le vie aeree, gli ematomi intramurali nel sito di iniezione della sostanza emostatica, l'ulcerazione, la perforazione o la stenosi secondaria delle zone interessate.

In caso di emorragie non varicose, le complicanze possono essere: la perforazione o l'esacerbazione del sanguinamento.

- **Rimozione di corpi estranei:**

Oggetti ingeriti più o meno accidentalmente (corpi estranei), possono essere rimossi per via endoscopica utilizzando strumenti specifici (tripode o pinza a tre branche, pinze con denti o appositi cestelli). Inoltre, in presenza di oggetti acuminati è possibile procedere con l'utilizzo di una cuffia di protezione, in modo da prevenire il più possibile eventuali lesioni generate durante l'estrazione del corpo estraneo. Le complicanze in questi casi, possono essere:

la lacerazione della mucosa ( $\leq 2\%$ ), l'emorragia ( $\leq 1\%$ ) e la perforazione ( $\leq 0.8\%$ ). La complicanza più temuta è comunque la perforazione, determinata dal tipo di oggetto e dalla modalità d'inserimento (traumatica o meno). Il tasso di mortalità, seppur minimo, è correlato alle caratteristiche del corpo estraneo ed alle complicanze della procedura stessa.

- **Polipectomia - Mucosectomia:**

Consiste in piccolo intervento chirurgico, generalmente indolore, eseguito con l'ausilio di un particolare strumento a forma di cappio (ansa diatermica), introdotto a sua volta all'interno dello strumento endoscopico e che può essere o meno collegato ad un elettrobisturi per favorire l'emostasi o la sezione.

- **Dilatazione di stenosi:**

Il restringimento del lume viscerale per cause cicatriziali o per neoformazioni tumorali, può causare un ostacolo alla progressione degli alimenti. La dilatazione ha lo scopo di contrastare questo restringimento, favorendo un recupero almeno parziale della funzione. Si esegue generalmente, con una sonda meccanica di calibro crescente o un palloncino pneumatico gonfiato a specifiche pressioni. Le complicanze più frequenti legate a questa procedura sono: la perforazione o l'emorragia in una percentuale dei casi compresa tra lo 0.1 e 0.4%, che aumentano nella dilatazione pneumatica per acalasia, raggiungendo valori tra 1.6 % e 8%.

La mortalità varia dallo 0.1 allo 0.5%.

**Alternative alla gastroscopia:**

L'alternativa diagnostica all'esofago-gastro-duodenoscopia è rappresentata dall'esame radiologico a doppio contrasto. Quest'ultimo però, non sempre chiarisce i dubbi diagnostici e spesso va integrato con un esame endoscopico per confermare la diagnosi o per eseguire prelievi biotipici di valutazione (o interventi più complessi) delle lesioni individuate. Nell'esofago-gastro-duodenoscopia, è possibile osservare direttamente la superficie mucosa del tratto digestivo, fare una valutazione accurata delle alterazioni macroscopicamente evidenti, come accade per le patologie peptiche (esofagite, Barrett, ulcera gastrica e duodenale), le neoplasie benigne e maligne, le complicanze dell'ipertensione portale (gastrite, varici, ecc) e le lesioni vascolari (angectasie, lesione di Dieulafoy, ecc.).

Inoltre, grazie ai prelievi di mucosa (biopsie) è possibile individuare patologie non evidenti ad una prima osservazione macroscopica.

**Complicanze:**

Le complicanze maggiori dopo un esame diagnostico sono molto rare e possono essere:

- complicanze cardiorespiratorie, legate alla sedazione e/o all'ingestione di materiali refluiti (desaturazione, polmonite ab ingestis)

- enfisema sottocutaneo; arresto respiratorio; aritmie; infarto miocardico; ictus e shock ( $< 0.9\%$ ) (generalmente in pazienti con fattori predisponenti)

- perforazione (rarissima 0.0004% dei casi), legata a malformazioni anatomiche (osteofiti cervicali anteriori/prominenza ossea sull'esofago, diverticoli di Zenker, ingestione di caustici, stenosi esofagee, neoplasie, diverticoli).

Tutti casi in cui potrebbero rendersi necessari dei trattamenti conservativi come:

- posizionamento di un sondino nasogastrico, digiuno e copertura farmacologica.

- chiusura endoscopica della breccia con clips metalliche.

- interventi chirurgici di riparazione.

In questi casi, il tasso di mortalità è compreso tra il 2% ed il 36%.

Anche se raro (meno dello 0.5% degli esami), è possibile un sanguinamento clinicamente significativo, specialmente nei soggetti con trombocitopenie e/o coagulopatie, o dopo biopsie su tessuti malacici (flogosi intense/tumori).

La rapida identificazione e la pronta gestione del problema clinico emerso, riducono drasticamente la morbilità e la mortalità.

**Sintomi indicativi d'allarme di una complicanza sono:**

Febbre persistente; difficoltà alla deglutizione; dolore persistente alla gola, al torace o all'addome; emissione di feci nere; difficoltà respiratorie.

Il personale medico ed infermieristico che opera nelle nostre strutture di Endoscopia Digestiva, è preparato a riconoscere e trattare adeguatamente le possibili complicanze con l'uso di strumenti ed attrezzature specifiche.

**Prevedibili conseguenze della "non cura":**

L'esofago-gastro-duodenoscopia è un esame insostituibile per l'accertamento di alcune malattie del tratto digestivo superiore.

Pertanto, la mancata esecuzione dell'indagine, qualora fosse ritenuta indispensabile, potrebbe comportare delle difficoltà o l'impossibilità di una diagnosi per la malattia di cui si è affetti. Non eseguirla potrebbe significare l'assunzione di terapie non appropriate, ma soprattutto disconoscere eventuali patologie evolutive o tumorali che potrebbero essere suscettibili di trattamenti endoscopici o chirurgici.

Infirmiamo che dopo un esame endoscopico, è prevista la sospensione temporanea delle donazioni di sangue per un periodo di 12 mesi.

Avrà modo di ottenere ulteriori informazioni prima dell'esame, durante il colloquio con il Medico Endoscopista e l'Infermiere.