



Gentile Signora, Signor,
per la normativa vigente ogni atto medico richiede il consenso dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo fra noi intercorso.

Indicazioni: Una EGDS è indicata in un paziente con persistenza di dispepsia (difficoltà di digestione: epigastralgia (dolore ai quadranti addominali superiori), pirosi (bruciore retrosternale), rigurgito (risalita di materiale gastrico solitamente acido in esofago/faringe), disfagia (difficoltà a deglutire il bolo alimentare), anemia, calo ponderale.

Etichetta Dati

oppure

Cognome Nome e data di nascita



Finalità: Obiettivo dell'esame è valutare il tubo digerente Superiore (esofago, stomaco e prime porzioni del duodeno) al fine di valutare il calibro, l'aspetto della mucosa, il contenuto, la motilità. La metodica è estremamente accurata per la diagnosi di erosioni, ulcere neoplasie, anomalie dei vasi (varici, angiodisplasie) ed ernia della giunzione esofago-gastrica. È possibile effettuare biopsie con prelievo di frammenti della mucosa, permettendo la diagnosi istologica di gastrite con eventuale Helicobacter Pylori, celiachia, neoplasie, ecc.

Modalità di esecuzione: Dopo aver rimosso occhiali e eventuale protesi dentaria mobile, le verrà dapprima spruzzato in bocca un anestetico locale (Lidocaina), per ridurre il fastidio legato alla presenza dello strumento in gola. Poco dopo avrà la sensazione di "gola gonfia" e di difficoltà di deglutizione, con completa regressione dopo circa 15 minuti. Le verrà richiesto di sdraiarsi sul lettino e le verrà inserito un'agocannula nella vena di un braccio, a questo punto, potrà essere effettuata una sedazione cosciente (conservando la capacità di mantenere il respiro spontaneo) per rendere la procedura endoscopica meglio tollerabile, mediante l'infusione di farmaci analgesici (antidolorifici) (Petidina, 0.5 mg/Kg), sedativi (midazolam, 0.05 mg/Kg) o farmaci antagonisti (Flumazenil, Naloxone). Effettuata la sedazione, le verrà posto tra i denti un boccaglio di protezione per lo strumento. Si inizia l'esame con l'introduzione del gastroscopio (sonda flessibile contenente un sistema di fibre ottiche che conducono le immagini dell'organo esplorato ad un monitor) attraverso la bocca. È il momento più fastidioso dell'esame che potrà essere facilmente superato con la corretta deglutizione, consentendo il passaggio dello strumento in esofago. Durante l'esame potrà respirare regolarmente (con naso e bocca), evitando di deglutire e lasciando defluire la saliva dalla bocca. In caso di sedazione cosciente, aumenta il rischio di incorrere in cadute accidentali e pertanto le consigliamo di farsi accompagnare durante gli spostamenti in Endoscopia e a domicilio. Il paziente dovrà astenersi dalla guida di veicoli per almeno 6 ore e dallo svolgere attività lavorativa. La sedazione cosciente potrà essere gravata da rare complicanze: broncospasmo e reazioni allergiche, alterazioni cardio-respiratorie

con depressione respiratoria (riduzione della saturazione di ossigeno nel sangue), ipotensione (riduzione della pressione arteriosa) e bradicardia (riduzione della frequenza cardiaca).

Possibili complicanze: Le complicanze legate all'EGDS diagnostica sono estremamente rare (sanguinamento e rottura dell'esofago, <1%). Le complicanze legate a manovre operative in corso di EGDS sono più frequenti (sanguinamento, perforazione esofagea, stenosi cicatriziale, <10%).

Per quanto riguarda il rischio di trasmissione di infezioni (dovuta a batteri, virus e funghi) dovute alla procedura, esso è del tutto trascurabile. Dopo ogni esame lo strumento viene sottoposto a lavaggio e alta disinfezione in apposito macchinario. Gli accessori utilizzati (pinza da biopsia, ansa per polipectomia, ecc) sono monouso o, altrimenti, sottoposti a disinfezione in autoclave.

E' importante che il paziente informi il medico delle patologie più significative pregresse e in atto, delle allergie a farmaci e delle terapie in corso (con particolare riferimento a terapia anticoagulante o antiaggregante: Clopidogrel, Ticlopidina, Cardioaspirina), che possono aumentare il rischio di sanguinamento durante l'esame. A questo proposito è utile che il paziente esponga un elenco dettagliato dei farmaci assunti e i relative dosaggi.

Possibili alternative diagnostico terapeutiche: Rx del tubo digerente con mezzo di contrasto che permette di visualizzare la forma del viscere e può dare indicazioni sulla motilità, consente di escludere lesioni macroscopiche, come ernia jatale, ulcere, polipi, masse e stenosi.

Procedure integrative a finalità operativa che possono essere attuate durante la gastoscopia: La gastroscopia operativa, pur essendo anch'essa una procedura sicura, ha un rischio aumentato di complicanze (10%) che dipende dal tipo di trattamento effettuato.

- **Polipectomia:** consente l'asportazione di lesioni polipoidi sessili (piatte) o peduncolate, mediante l'utilizzo di un'ansa diatermica collegata ad un elettrobisturi. Le complicanze più frequenti sono la perforazione e l'emorragia (3.4-7.2%). La mortalità è <0.25%.
- **Mucosectomia o Resezione Endoscopica Mucosa (Endoscopic Mucosal Resection, EMR) e Dissezione Endoscopica Sottomucosa (Endoscopic Submucosal Dissection, ESD)** sono tecniche avanzate di asportazione di lesioni neoplastiche superficiali, mediante, rispettivamente, ansa diatermica o ago dissectore. Le complicanze più frequenti di queste due tecniche endoscopiche sono la perforazione (0.5-6%), l'emorragia e la stenosi (0.5-11%). La mortalità resta comunque <0.25%.
- **Emostasi:** ha come obiettivo l'arresto di un sanguinamento che può essere dovuto a ulcera, gastrite, varici esofago-gastriche, angiodisplasie, vaso visibile nel contesto di mucosa normale (lesione di Dieulafoy). Le procedure di emostasi comprendono tecniche termiche (APC: Argon Plasma Coagulation), iniettive (adrenalina), o meccaniche (clip). Un'emostasi più efficace si ottiene combinando almeno 2 tecniche nello stesso paziente. Il tasso di complicanza è maggiore in caso di sanguinamento varicoso (35%78%), con una mortalità del 1-5%, rispetto al sanguinamento non varicoso (<5%), con mortalità <4.5%. Le complicanze più frequenti nel sanguinamento da varici sono il sanguinamento tardivo post-procedura, l'aspirazione di sangue nelle vie respiratorie, la perforazione e la stenosi. Nel caso di emorragia da lesione non varicosa le complicanze più frequenti sono la perforazione e l'esacerbazione del sanguinamento.
- **Rimozione di corpi estranei.** Nel tratto digestivo superiore possono essere rimossi mediante EGDS corpi estranei accidentalmente o volontariamente introdotti. Le complicanze più frequenti sono la lacerazione della mucosa (<2%), l'emorragia (<1%) e la perforazione (<0.8%). Particolare attenzione deve essere posta in caso di rimozione di corpi estranei contenenti sostanze stupefacenti, dal momento che l'eventuale rottura dell'involucro durante la manovra endoscopica potrebbe comportare una sindrome da overdose.
- **Dilatazione di stenosi** (restringimento del calibro del viscere conseguente a patologia infiammatoria o neoplastica). In caso di stenosi infiammatoria, può essere eseguita una dilatazione pneumatica (palloncino) o meccanica (sonda rigida di calibro progressivo) su filo guida precedentemente posizionato. Possono essere necessarie più sedute per la risoluzione della stenosi. La dilatazione della stenosi ha come complicanze la perforazione e l'emorragia con un tasso complessivo di 0.1-0.4%. In caso di dilatazione pneumatica per acalasia le complicanze hanno un tasso superiore (1.6-8%). La mortalità varia dallo 0.1 allo 0.5 %.

Posizionamento di endoprotesi o stent. L'endoprotesi è un dispositivo medico con maglia metallica espansibile che consente di ripristinare o mantenere la pervietà del lume di un viscere. La manovra di

posizionamento dell'endoprotesi avviene sotto visione radiologica ed endoscopica. Le patologie che possono richiedere il trattamento con endoprotesi sono le stenosi solitamente maligne o più raramente stenosi cicatriziali con o senza fistola. Le complicanze possono essere precoci (2-12%), quali aspirazione di materiale gastroenterico nelle vie respiratorie, sanguinamento e perforazione. Le complicanze tardive sono l'ostruzione (14-27%), la fistolizzazione (< 6 %) e la dislocazione della protesi (3-20 %), la mortalità è dell'1 %.

Complicanze e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione: La mancata esecuzione di un EGDS potrebbe comportare la difficoltà di eseguire una corretta diagnosi indispensabile per un adeguato trattamento.

Disinfezione/sterilizzazione degli strumenti: Al fine di garantire una prestazione sicura e esente da rischio infettivo per il paziente e per gli operatori sanitari, gli strumenti riutilizzabili (endoscopio e accessori pluriuso) sono sottoposti a detersione e alta disinfezione dopo ogni procedura. Gli accessori riutilizzabili (pinze, anse da polipectomia) vengono sottoposte ad accurato lavaggio e sterilizzazione.

Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti.

Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

AUTORIZZO l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati a fini istologici e/o scientifici, informato/a del fatto che la mia mancata autorizzazione potrebbe comportare la non esecuzione dell'intervento chirurgico per l'impossibilità da parte dei sanitari di formulare una corretta diagnosi post-operatoria.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO all'esecuzione di riprese filmate e/o fotografiche e che queste siano utilizzate in ambito medico a scopo scientifico, nel completo riserbo della mia privacy.

Per ogni questione si rimanda alle disposizioni normative introdotte dalla Legge del 22.12.2017 n. 219 (S DS 035 Informazioni circa le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) pubblicate nell'internet aziendale (www.asst-valcamonica.it)).

Data _____

Timbro e firma del Medico _____

Firma del/della Paziente _____