Reggio Emilia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sig./ra

Gentile Paziente,

in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già espressi verbalmente, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso all’esecuzione dell’esame prescritto e concordato.

**INFORMAZIONI GENERALI:**

L’Esofago-Gastro-Duodenoscopia (detta spesso Gastroscopia) è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di esplorare l’interno del tratto superiore del tubo digerente (Esofago, Stomaco e prime due porzioni del Duodeno). Si esegue con l’ausilio di uno strumento flessibile, il gastroscopio, dotato di una telecamera e di una luce propria necessaria ad illuminare l’interno dei visceri da analizzare. Con l’introduzione del gastroscopio il medico ha una visione nitida e precisa che consente di individuare la presenza di alterazioni della mucosa. La gastroscopia rappresenta l’esame di scelta per diagnosticare lesioni organiche, come infiammazioni, 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.

Solitamente l’esame si esegue per bocca ma, in alcuni casi, utilizzando uno strumento particolare di diametro ridotto, l’esame può anche essere eseguito introducendo l’endoscopio attraverso le narici, previa leggera anestesia locale. In corso d’esame possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per esame istologico oppure possono essere effettuate procedure aggiuntive, diagnostiche o terapeutiche.

**PREPARAZIONE ALL’ESAME:**

Per una efficace e sicura esplorazione endoscopica lo stomaco deve essere vuoto. A tal fine è necessario osservare scrupolosamente le indicazioni che sono state fornire dal medico operatore, in caso contrario l’esame potrebbe non essere eseguito o completato.

**MODALITÀ DI ESECUZIONE:**

L’esame viene eseguito con un gastroscopio dotato in punta di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera che invia le immagini ad un processore e quindi ad uno schermo. Dopo aver acquisito il consenso del paziente, si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d’ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. L’esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro. Per aiutare il paziente a mantenere la bocca aperta durante la procedura e per evitare che possa mordere la lingua e/o lo strumento, si utilizza uno specifico boccaglio. L’esame è di breve durata, non è doloroso e non interferisce con la normale respirazione.

Durante l’esame:

* È utile che il paziente mantenga, per quanto possibile, un comportamento rilassato e collaborativo, eviti atteggiamenti reattivi e controlli eventuali conati di vomito con una respirazione profonda e regolare;
* Si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale assolutamente transitoria.

A seconda dei casi e in accordo con il paziente, può essere eseguita una sedazione mediante somministrazione di un sedativo/analgesico endovena ed eventualmente una anestesia faringolaringea.

**POSSIBILI COMPLICANZE:**

**COMPLICANZE DELLA GASTROSCOPIA DIAGNOSTICA**

Le complicanze principali di una gastroscopia diagnostica sono:

* **complicanze cardiorespiratorie e circolatorie:** (di solito legate alla premedicazione e/o all’ingestione di materiali refluiti) sono rappresentate da desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, infarto e shock (<0.9%).
* **emorragia:** clinicamentesignificativa è possibile anche se rara(<0.5% degli esami). Essa è più probabile nei soggetti con trombocitopenie e/o coagulopatie e dopo biopsie su tessuti malacici (flogosi severe/tumori). La gestione di un sanguinamento può richiedere il ricorso a trasfusioni, trattamenti endoscopici, radiologici interventistici o chirurgici.
* **perforazione:** è rarissima (0.0004%) ed è legata a fattori predisponenti come la presenza di osteofiti cervicali anteriori (prominenza ossea sull’esofago), diverticolo di Zenker, ingestione di caustici, stenosi esofagee, neoplasie, diverticoli duodenali. Tale complicanza può richiedere un trattamento conservativo con posizionamento di sondino naso-gastrico, digiuno e copertura farmacologica, chiusura endoscopica della breccia con clips metalliche o intervento chirurgico di riparazione; il tasso di mortalità legato a questa complicanza è estremamente variabile e compreso tra il 2% ed il 36%.

Complicanze della sedoanalgesia

Sono poche e rare. Come qualsiasi farmaco, però, anche quelli impiegati per ottenere la sedoanalgesia possono comportare complicanze, in particolare nei pazienti affetti da patologie cardio-respiratorie e negli anziani, quali:

* isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche;
* problemi cardio-respiratori come l’alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco;
* depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco, che in alcune – ancor più rare circostanze - potrebbero risultare pericolose per la vita.

Nonostante l’effetto sedativo dei farmaci impiegati nella sedo-analgesia scompaia rapidamente al termine dell’infusione, possono residuare rallentamenti nei riflessi e sonnolenza, per cui il paziente non deve guidare nelle 12 ore successive all’esame ed essere accompagnato al ritorno al suo domicilio. Nel caso non sia presente un accompagnatore al momento dell’esame non potrà essere somministrata la sedoanalgesia.

Complicanze della sedazione profonda

I rischi possibili sono:

* depressione respiratoria provocata dai farmaci e necessità di ventilazione assistita;
* alterazioni cardiocircolatorie in pazienti cardiopatici;
* maggiori rischi di lesioni accidentali del colon per assenza di reazioni dolorose del paziente.

**Procedure integrative a finalità operativa che possono essere attuate durante la colonscopia**

**POLIPECTOMIA**

È una tecnica endoscopica che consente l’asportazione di lesioni polipoidi sessili o peduncolate del tubo digestivo, mediante l’utilizzo di anse collegate a un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. Le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla perforazione e dall’emorragia con un’incidenza che varia dal 3.4 al 7.2%. La mortalità può raggiungere lo 0,25%.

**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 della muscolatura propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica nella EMR o con dissettore libero nella ESD. Le complicanze più frequenti per la mucosectomia endoscopica sono rappresentante 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 all’11%). La mortalità può raggiungere lo 0,25%.

**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 (<5%, con mortalità <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**

In corso di esame è possibile la rimozione di corpi estranei ritenuti accidentalmente o volontariamente 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, l’emorragia, la perforazione. Il tasso di mortalità, seppur minimo, è strettamente correlato all’insorgenza di complicanze nel corso della procedura. Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom); infatti la eventuale rottura durante le manovre di rimozione può portare all’assorbimento delle droghe (overdose) con rischio di morte.

**ALTERNATIVE:**

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.

**Osservazioni di rilievo nel caso specifico:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a correttamente informato/a dal/la Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver compreso lo scopo e la natura del trattamento descritto nel presente modulo.

Dichiaro, altresì, di essere stato adeguatamente edotto sui benefici, sui rischi e complicanze ed alternative al trattamento suindicato. Presto pertanto l’assenso al trattamento che mi è stata descritto e consegnato, per presa visione, con il presente consenso informato.

 Firma del paziente o di chi ne fa le veci Firma medico-chirurgo