Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
UOC GASTROENTEROLOGIA
Servizio di Endoscopia Digestiva Castelfranco Veneto
UOS Endoscopia Digestiva Padova
Direttore Dott. Alberto Fantin

CONSENSO INFORMATO ALLA MUCOSECTOMIA (EMR) E ALLA DISSEZIONE SOTTOMUCOSA (ESD) CFV

INDICAZIONI

La Mucosectomia (EMR) e la Dissezione Sottomucosa (ESD) sono le tecniche di riferimento per l'asportazione di lesioni pre-neoplastiche (adenomi) o neoplastiche superficiali del tratto gastrointestinale.

CONSIGLI PER LA PREPARAZIONE ALL'ESAME

Entrambe le procedure devono essere eseguite con adeguata preparazione del tratto gastroenterico interessato, dunque preparazione come per una colonscopia standard nel caso di procedura da eseguire sul colon e digiuno per il tratto digestivo superiore (duodeno-stomaco- esofago). È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che saranno date per la pulizia dell'intestino; in caso contrario la procedura non potrà essere effettuata. Si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico.

MODALITÀ DI ESECUZIONE

L'EMR e l'ESD sono procedure invasive che sono eseguite in corso di esafogo-gastro-duodenoscopia (EGDS) o di retto-colonscopia. Esistono varie tecniche di esecuzione, ma tutte hanno in comune il distacco della mucosa e della sottomucosa dagli strati profondi che avviene attraverso l'iniezione sottomucosa, con un ago dedicato, di soluzioni saline o colloidi che sollevano la lesione. Nella EMR successivamente il blocco sollevato è resecato con l'ansa diatermica come avviene nelle tradizionali polipectomie. La tecnica ESD ha in comune con la precedente (EMR) l'infiltrazione della sottomucosa ma la lesione (di solito si tratta di formazioni che hanno dimensioni maggiori rispetto a quelle che vengono rimosse con la EMR) viene asportata in un un unico pezzo attraverso l'utilizzo di particolari bisturi che vengono introdotti attraverso il canale operatore degli strumenti endoscopici (gastroscopi o colonscopi). La rimozione in un unico frammento consentirà una migliore precisione nell'esame istologico e una maggiore percentuale di rimozione completa della lesione stessa. Nelle ore successive all'intervento potrà comparire dolore generalmente controllabile farmacologicamente. La durata della procedura è variabile da una a tre ore (dipende dalle dimensioni e dalla sede della lesione). Può essere necessario il ricovero per alcuni giorni al fine di eseguire un'adeguata osservazione post- procedura. Sedo-analgesiaprocedurale Le procedure vengono eseguite (a seconda delle dimensione e della sede della lesione e delle caratteristiche cliniche dei pazienti) in sedo-analgesia o a volte in anestesia generale (in quest'ultimo caso con l'assistenza di un anestesista). I farmaci utilizzati per la sedoanalgesia sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa. La procedura viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente. La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che possono essere contrastati con gli antagonisti specifici dei farmaci utilizzati. Nel caso in cui Le siano stati somministrati dei farmaci sedativi non potrà allontanarvi dalla struttura sanitaria, fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione e sarà controindicata la guida di veicoli per il resto della giornata; per tale motivo è indispensabile venire sempre accompagnati da una persona consapevole che abbia cura di lei, è altresì sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 24 ore successive alla sedo-analgesia.

POSSIBILI COMPLICANZE

L'emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard. Il rischio di emorragia immediata è di circa il 10%, mentre il sanguinamento tardivo avviene in circa l'1,5- 14% dei casi. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni. Il ricorso alla chirurgia è raro. La perforazione si verifica in circa il 5-10% delle ESD del colon e fino ad un 5% delle EMR. La maggior parte delle perforazioni è immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura: può comunque rendersi necessario l'intervento chirurgico nel caso di mancata risoluzione endoscopica. Per entrambe le procedure la mortalità è rara (0.25%).

ALTERNATIVE ALL'EMR-ESD

In alternativa a queste procedure endoscopiche è possibile eseguire un intervento chirurgico che è più invasivo e spesso richiede tempi di esecuzione e di degenza maggiori.

CONSENSO ALL'EMR/ESD

Il/la sottoscritto/a _____

1. dichiara di aver preso visione del modulo informativo relativo all'EMR-ESD che gli è stato consegnato;
2. dichiara di essere stato adeguatamente informato e di aver compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione della'EMR-ESD e degli eventuali rischi che tale procedura comporta.

Per ridurre ulteriormente il rischio di complicanze, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

1. Assume regolarmente farmaci anticoagulanti o antiaggreganti ? Si No
2. Se si, quali?_____
3. Sospesi dal_____

4. Sa di avere allergie o intolleranza a farmaci ? Si No

5. Sa di avere malattie del fegato ? Si No

6. Sa di avere malattie del sangue ? Si No

7. E' portatore di Pacemaker ? Si No

8. E' portatore di protesi dentaria mobile ? Si No

9. Se donna in età fertile, potrebbe essere in gravidanza? Si No

Sono stato esaurientemente informato/a sull'EMR-ESD e sui rischi ad essa connessi. Acconsento a sottopormi alla procedura in questione.

Firma del paziente _____ (o del suo legale rappresentante)

Firma del Medico_____

Castelfranco Veneto, lì _____