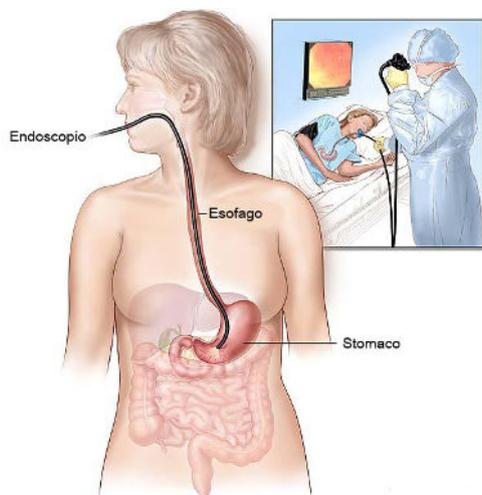


ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGDS)

Informazioni Generali Per Il Paziente

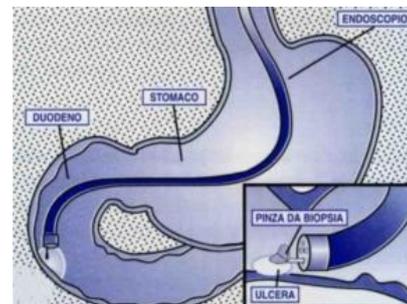


L'esofago-gastro-duodenoscopia (spesso chiamata semplicemente "gastroscoopia" ed abbreviata con la sigla EGDS) è un esame che consente di esplorare l'interno del tratto digestivo superiore (cioè l'esofago, lo stomaco ed il duodeno) mediante uno strumento chiamato gastroscopio. Lo strumento è costituito da un tubo sottile e flessibile del diametro di circa 1 cm dotato di una piccola telecamera in punta che consente di vedere perfettamente l'interno del tratto digestivo e trasmette le immagini su un monitor. Lo stomaco viene lievemente insufflato di aria per permetterne una più accurata visione; l'aria verrà aspirata prima del termine dell'esame. Se ritenuto necessario dal Medico operatore, durante l'esame potranno essere eseguiti, con delle piccole pinze, dei prelievi di mucosa (biopsie), che saranno inviati al laboratorio per essere analizzati al microscopio (esame istologico).

Esecuzione dell'esame

Il paziente dovrà essere a digiuno dalla mezzanotte. Fino a due ore prima dell'esame può bere solo acqua, anche zuccherata, o thè in modesta quantità ed eventualmente assumere farmaci per os.

Ricordarsi di portare **tutta la documentazione clinica in proprio possesso (cartelle cliniche, radiografie ecc.)**. Dopo aver tolto occhiali e/o eventuale protesi dentaria mobile, verrà fatto sdraiare su di un lettino, sul fianco sinistro e verranno posizionati gli elettrodi ed il bracciale della pressione per il monitoraggio dei parametri vitali. Le verrà poi spruzzato in bocca un anestetico locale, sotto forma di spray, per renderle insensibile la gola ed ridurre il riflesso del vomito. Le verrà, inoltre, posizionato tra i denti un boccaglio di protezione (per lo strumento).



La sedazione.

La gastroscopia viene proposta in sedazione cosciente in modo da ridurre notevolmente il disagio e rendere meno fastidioso l'esame. La sedazione, oltre a migliorare la collaborazione dell'utente, offre maggiori garanzie di una più facile ed accurata esecuzione della procedura endoscopica. Per alcune tipologie di pazienti e per indagini diagnostiche o terapeutiche molto lunghe verrà proposta una sedazione profonda (con anestesista).

Per poter effettuare qualsiasi tipo di sedazione è indispensabile venire accompagnati in Ospedale.

Le alternative diagnostiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'esame

L'alternativa diagnostica all'esofago-gastro-duodenoscopia è rappresentata dall'Rx tubo digerente prime vie. Tale indagine è però sempre meno in uso perché spesso non chiarisce tutti i dubbi e deve comunque essere integrata da un successivo esame endoscopico sia per la conferma di un dubbio diagnostico sia per l'eventuale necessità di eseguire prelievi biotici (o interventi più complessi) su lesioni certe. L'esofago-gastroduodenoscopia, osservando la superficie mucosa del tratto digestivo, consente la diagnosi accurata delle alterazioni microscopicamente evidenti come: la patologia peptica (esofagite, Barrett, ulcera gastrica e duodenale), le neoplasie benigne e maligne, le complicanze legate alla cirrosi epatica ed all'ipertensione portale (gastrite, varici, ecc), le lesioni vascolari causa di sanguinamento (angectasie, lesione di Dieulafoy, ecc.). Inoltre, grazie ai prelievi di mucosa (biopsie) è possibile valutare situazioni patologiche non evidenti.



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 sede IOV di Padova
Direttore: Dr. Alberto Fantin



REGIONE DEL VENETO

Mod04-I_GAS_P01 Guida EGDS 13.01.23

Le eventuali prescrizioni o terapie da seguire prima dell'esame

Per permettere una visione ottimale del lume del viscere, non deve mangiare o bere nulla (eccetto acqua) dalla mezzanotte precedente il giorno dell'esame. Può assumere medicinali, se indispensabili, ma **non deve assumere** antiacidi (tipo Maalox e simili) o carbone vegetale. È inoltre importante che informi il personale se è già stata sottoposta ad esami radiologici o altri esami endoscopici (nel qual caso è opportuno avere con sé tutta la documentazione) o se ha manifestato in altre occasioni allergie a medicinali. In casi particolari può essere prescritta una profilassi antibiotica. È importante, inoltre, segnalare alla prenotazione dell'esame una eventuale terapia anticoagulante o antiaggregante in atto perché controindicherebbe l'esecuzione di biopsie o di altre manovre operative che potrebbero comportare sanguinamento. In tale caso il Medico vi consiglierà come comportarvi. (vd di sotto)

I disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'esame

Con l'esame condotto in sedazione il fastidio per il paziente sarà notevolmente ridotto e solitamente (per l'effetto del farmaco) l'utente potrà non ricordare quanto avvenuto durante la procedura. Qualora il paziente volesse eseguire l'indagine senza sedazione, il passaggio dello strumento attraverso il cavo orale può determinare un leggero fastidio, mentre durante l'esplorazione potrà accusare una sensazione di distensione addominale (dovuta all'aria insufflata per distendere il viscere) e, per brevi attimi, eruttazioni e sforzi di vomito. Tali disturbi potranno essere facilmente controllati mantenendo una normale respirazione ed evitando di deglutire (per non accentuare la sensazione di corpo estraneo in gola). Molto raramente si potranno accusare disturbi maggiori. Nel caso il Medico dovesse effettuare dei prelievi di mucosa (biopsia) per ottenere la diagnosi istologica di eventuali lesioni e/o la ricerca dell'*Helicobacter Pylori*, tale manovra risulterà per Lei del tutto indolore. Alla fine dell'esame la gola potrà risultare ancora anestetizzata per un breve periodo (sensazione di "gonfiore") per cui dovrà attendere che passi tale effetto (30 minuti circa) prima di poter bere o alimentarsi. Raramente per alcune ore potrà accusare un fastidio o bruciore alla gola (esito del traumatismo dell'endoscopia).

I possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato

L'EGDS diagnostica è una procedura sicura, ma essendo un esame che utilizza strumenti che vengono introdotti all'interno del corpo, può andare incontro ad alcune complicanze, come perforazione, emorragia e problemi cardio-respiratori. Si tratta, comunque, di complicanze molto rare, infatti la perforazione si manifesta in percentuale di 1 caso su 10.000 esami eseguiti, l'emorragia di 1 caso su 3.000, problemi cardio-respiratori in 1 caso su 1.000. Oltre a queste più comuni, sono segnalate altre complicanze, più o meno gravi, assolutamente non prevedibili anche a carico di organi diversi dal tubo digerente legate, usualmente, a particolari condizioni del paziente. Per quanto riguarda la possibilità di trasmissione di infezioni (da batteri, virus, funghi), questo rischio è del tutto trascurabile in quanto lo strumento viene prima decontaminato e poi sottoposto ad un ciclo di riprocessazione con macchine lavastrumenti automatiche che garantiscono l'avvenuta disinfezione dello strumento. Tutti gli accessori utilizzati (pinze per biopsia, anse per polipectomia, aghi per iniezione ecc.) o sono monouso oppure vengono sterilizzati (come gli strumenti usati in sala operatoria).

La possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili

Nella maggior parte dei casi le complicanze segnalate precedentemente si risolvono dopo un periodo di osservazione in ambulatorio o un breve ricovero in ospedale, ma in alcuni casi, quasi esclusivamente in seguito a procedure operative complesse (es. polipectomie complesse, mucosectomie, dissezioni sottomucose, dilatazioni, posizionamento endoprotesi, etc) può essere necessario l'intervento chirurgico d'urgenza e solo eccezionalmente potrebbero risultare pericolose per la vita.

Le prevedibili conseguenze della "non cura"

L'EGDS è un esame insostituibile per l'accertamento di alcune malattie del tratto digestivo superiore. Pertanto, la mancata esecuzione, nel caso in cui tale indagine fosse ritenuta indispensabile, potrebbe comportare difficoltà o impossibilità nella diagnosi della malattia di cui è affetto. Non eseguirla può significare effettuare terapie non appropriate, ma soprattutto disconoscere eventuali patologie evolutive e tumorali che



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 sede IOV di Padova
Direttore: Dr. Alberto Fantin



REGIONE DEL VENETO

Mod04-I_GAS_P01 Guida EGDS 13.01.23

potrebbero essere suscettibili di trattamenti endoscopici o chirurgici.

Referto istologico

Se sono stati effettuati dei prelievi di tessuto le modalità di consegna del relativo referto istologico le verranno comunicate dal personale prima di lasciare il Servizio di Endoscopia.

Problemi

Se nelle ore o nei primi 2 - 3 gg successivi all'esame compaiono dolore addominale, febbre inspiegabile o perdite di sangue ripetute (ricordi che, raramente, possono verificarsi perdite di sangue fino a 10 – 15 giorni dopo l'esame nel caso sia stata effettuata una "polipectomia"), è opportuno che lei si rivolga al suo medico curante o, durante l'orario di apertura, al centro di endoscopia dove lei ha effettuato l'esame. In caso di particolari necessità, può rivolgersi anche al Pronto Soccorso del più vicino ospedale, portando con sé il referto dell'esame endoscopico eseguito.

ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGDS): INFORMAZIONI ESSENZIALI PER IL PAZIENTE

RICORDATEVI DI:

- 1- Essere a digiuno dalla mezzanotte.
- 2- Continuare ad assumere le terapie in corso (farmaci per il cuore, pressione, respiro) salvo quanto di sotto specificato*. Se si prende al mattino è consentito un piccolo sorso d'acqua.
- 3- Essere accompagnati da qualcuno: se l'esame viene eseguito in sedazione, **NON POTRÁ GUIDARE** l'auto, la moto, la bicicletta, fino al giorno seguente.
- 4- Portare con Voi l'impegnativa del Medico Curante, tessera sanitaria ed eventuali esenzioni, eventuale documentazione clinica e radiologica (ecotomografie, TC, RMN) oltre ai referti endoscopici precedenti

*** IMPORTANTE:**

Se assumete terapia anticoagulante /antiaggregante è importante che prima di eseguire l'esame prescritto vi rivolgiate al vostro Medico di Medicina Generale al Vostro Cardiologo o a un Medico del Servizio di Endoscopia per valutare la eventuale necessità di sospensione della terapia.

In linea generale le linee guide da seguire sono quelle redatte dall' ESGE nel 2021 (*Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. Veitch Andrew M et al. Endoscopy 2021; 53: 947–969*) di cui si riassumono alcune indicazioni di massima:

STRATIFICAZIONE RISCHIO DI SANGUINAMENTO

Procedure a basso rischio emorragico:

- Procedure diagnostiche (EGDS, colonscopia, enteroscopia con o senza biopsie, protesi esofagea o duodenale)
- Eco-endoscopia diagnostica

Procedure ad alto rischio emorragico:

1. Tutte le procedure operative (es. polipectomia, mucosectomia, dissezione sottomucosa, radiofrequenza, etc...)



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 sede IOV di Padova
Direttore: Dr. Alberto Fantin



REGIONE DEL VENETO

Mod04-I_GAS_P01 Guida EGDS 13.01.23

TERAPIA CON WARFARIN

Procedure a basso rischio emorragico

Il trattamento dovrebbe essere continuato assicurandosi che il valore di INR controllato nella settimana precedente alla procedura, non ecceda il range terapeutico.

Procedure ad alto rischio emorragico

Si raccomanda la sospensione del farmaco 5 gg. prima e controllo dell'INR il giorno prima per assicurarsi che il suo valore sia inferiore a 1,5.

Il trattamento va ripreso il giorno stesso al dosaggio abituale.

Nei pazienti ad alto rischio trombotico (protesi mitralica meccanica. Protesi meccaniche associate a FA, FA associata a stenosi mitralica, evento trombo embolico < 3 mesi) è raccomandata la terapia con embrocatura con EBPM eparina a basso peso molecolare. Questa deve essere iniziata due giorni dopo la sospensione del warfarin, deve essere omessa il giorno della procedura, da riprendere il giorno dopo la procedura e da proseguire fino ottenimento del range terapeutico di INR.

TERAPIA CON DOACS (anticoagulanti orali diretti): dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban

Procedure a basso rischio emorragico

Si suggerisce di omettere la dose mattutina del farmaco il giorno della procedura.

Procedure ad alto rischio emorragico

È raccomandata la sospensione del farmaco con ultima assunzione almeno 72 ore prima della procedura. Per i pazienti in trattamento con dabigatran ed una creatinina-clearance tra 30-50 ml/min è raccomandata l'assunzione dell'ultima dose 120 ore prima della procedura.

TERAPIA CON ASPIRINA

Procedure a basso rischio emorragico

È raccomandata la prosecuzione routinaria della terapia

Procedure ad alto rischio emorragico

La sospensione del farmaco va valutata caso per caso in relazione al rischio trombotico del paziente.

TERAPIA CON ANTAGONISTI DEL RECETTORE P2Y12: Ticlopidina, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor

Procedure a basso rischio emorragico

È raccomandata la prosecuzione della terapia quando prescritti sia in mono che in doppia aggregazione (cioè in associazione all'aspirina).

Procedure ad alto rischio emorragico

Si raccomanda la sospensione della terapia 7 gg prima della procedura.

Nei pazienti in doppia aggregazione può essere suggerita la prosecuzione della sola terapia con Aspirina.

Nei pazienti ad elevato rischio trombotico: Recente posizionamento di stent coronarici (stent medicati entro 12 mesi, stent non medicati ed entro 1 mese), viene raccomandata la prosecuzione della terapia con aspirina e il consulto con un Cardiologo per la stima rischio/beneficio della sospensione o meno della terapia con antagonisti del recettore P2Y12.

La valutazione complessiva del rischio è in carico al medico endoscopista che valuterà le condizioni del paziente, anche sulla base di eventuali esami disponibili (ad esempio valori di emoglobina, se presenti).

RIPRESA DELLA TERAPIA CON ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI ED ANTICOAGULANTI

È raccomandata la ripresa degli antiaggreganti dopo 1-2 gg dalla procedura e dei DOACs dopo 2-3 gg dalla procedura a seconda del rischio emorragico della stessa e del rischio trombotico del paziente.