|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO NUOVO RA 33 | **UO SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA – RAVENNA 33****MODULO INFORMATIVO PER I PAZIENTI – GASTROSCOPIA (EGDs)** | **Rev. 0****data di appl.****29/04/2025** |

**TERAPIA DOMICILIARE**

Assumere **regolarmente** la **terapia abituale il giorno dell’esame**. Nello specifico:

**FARMACI ANTIAGGREGANTI E ANTICOAGULANTI**

 • Pazienti in terapia ANTIAGGREGANTE SINGOLA (Cardioaspirina, Cardirene, Ticlopidina, Clopidogrel): generalmente non è raccomandata la sospensione. Ne discuta con il Medico prescrivente prima di eseguire la preparazione.

 • Pazienti in DOPPIA TERAPIA ANTIAGGREGANTE: consultare il medico prescrivente (cardiologo, altro) per l’eventuale sospensione di uno dei due farmaci.

 • Pazienti in TERAPIA ANTICOAGULANTE con COUMADIN: consultare lo specialista di riferimento del centro della coagulazione per stabilire la corretta procedura di sospensione o sostituzione del farmaco. Al momento della procedura l’INR dovrà essere </= 1.5. In caso di sostituzione con Eparina, non assumere la dose di Eparina il giorno stesso dell’esame.

 • Pazienti in TERAPIA con ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI ( Pradaxa – Xarelto – Eliquis – Lixiana ), è raccomandato di sospendere il farmaco 48 ore prima dell’esame endoscopico operativo.

La sospensione deve essere comunque valutata caso per caso sulla base delle condizioni cliniche del paziente e concordata col cardiologo od il centro della coagulazione di riferimento.

**FARMACI PER IL DIABETE**

I pazienti diabetici devono consultare il proprio medico curante o il medico specialista per regolare l’assunzione dei farmaci antidiabetici durante la preparazione.

**ECCEZIONI RELATIVE A SERIE PATOLOGIE CONCOMITANTI**

Contattare lo specialista di riferimento (nefrologo, cardiologo, medico di famiglia) oppure questo Servizio di Endoscopia Digestiva in caso di dubbi circa la compatibilità dell’esame con la propria condizione clinica e per avere indicazioni su come gestire il digiuno e la sospensione dei farmaci assunti.

**PROFILASSI ANTIBIOTICA**

In base alle linee guida pubblicate dalla Società Americana di Endoscopia Digestiva (ASGE), dalla Società Americana di Cardiologia (AHA) e dalla Società Britannica di Gastroenterologia (BSG)

 • la profilassi antibiotica **non** è raccomandata per la prevenzione dell’endocardite nei pazienti con fattori di rischio cardiaci che si sottopongono ad una procedura endoscopica diagnostica o terapeutica.

Fanno **eccezione alcune condizioni di rischio correlate al paziente e altre correlate al tipo di procedura**. Si raccomanda quindi ai pazienti di segnalare al proprio medico curante e/o cardiologo di fiducia la procedura endoscopica alla quale ci si deve sottoporre, al fine di ricevere indicazioni relative al proprio caso specifico.

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

**COS’E’ LA GASTROSCOPIA?**

L’Esofago-Gastro-Duodeno-Scopia (spesso detta semplicemente gastroscopia) si esegue con una sonda flessibile (gastroscopio), che viene introdotta attraverso la bocca.

È un esame endoscopico che permette di esaminare, in visione diretta, il tratto superiore del tubo digerente (esofago, stomaco e le prime due porzioni duodenali). In corso di esame possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (**biopsie**) per esame istologico e si possono effettuare procedure aggiuntive, diagnostiche o terapeutiche (polipectomie, mucosectomie).

Il passaggio del gastroscopio non altera le facoltà respiratorie del paziente.

**COME SI ESEGUE LA GASTROSCOPIA?**

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, generalmente si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorano la frequenza cardiaca, la saturazione d’ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. A seconda del giudizio del medico operatore, e in accordo con il paziente, può essere eseguita una sedazione mediante somministrazione di un sedativo/analgesico endovena ed eventualmente una anestesia LOCALE faringolaringea (spray). L’esame viene eseguito sul fianco sinistro. Per aiutare il paziente a mantenere la bocca aperta durante la procedura ed evitare che possa mordere la lingua e/o lo strumento, si utilizza uno specifico boccaglio. Eventuali protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse prima dell’esame. 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 cerchi di controllare (il più possibile) eventuali conati di vomito con una respirazione profonda e regolare;

- durante la procedura 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 che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria.

- saranno monitorate, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e, se necessario, attività elettrocardiografica.

**E’ FONDAMENTALE PRESENTARSI ALL’ESECUZIONE DELLA GASTROSCOPIA A STOMACO VUOTO;** ciò consente la migliore e più sicura esplorazione endoscopica.

A tal fine è necessario essere a **digiuno da cibi solidi da almeno 6 ore**; la presenza di cibo o residui alimentari limita il campo visivo inficiando l’attendibilità diagnostica della procedura e, in caso di vomito, può favorire il passaggio di residui alimentari nelle vie respiratorie.

**QUANDO VIENE ESEGUITA LA GASTROSCOPIA?**

La Gastroscopia viene eseguita per chiarire le cause di sintomi, o condizioni cliniche, riferibili ad esofago, stomaco, duodeno, quali ad esempio:

* **Bruciore retrosternale**
* **Disfagia** (difficoltà di deglutizione)
* **Epigastralgie**
* **Nausea e/o vomito**
* **Ematemesi** (emissione di sangue dalla bocca)
* **Melena** (emissione di feci picee)
* **Anemie**

Per mezzo della **gastroscopia** è possibile: **recuperare corpi estranei** ingeriti accidentalmente, **trattare lesioni emorragiche** iniettando farmaci, cauterizzando la mucosa con cateteri speciali o posizionando clips metalliche.

In presenza di lesioni sospette il medico può prelevare dei campioni di mucosa per determinare la diagnosi (**esame istologico**)

**COME SONO FATTI L’ESOFAGO, LO STOMACO ED IL DUODENO?**

L’**esofago** appare come un organo tubulare, che si estende dalla bocca alla cavità gastrica per circa 20cm. Il punto di passaggio fra esofago e stomaco è denominato cardias.

Lo **stomaco è un** organo notevolmente estensibile, e funge da contenitore per il cibo che viene ingerito. Il **duodeno** è anch’esso un organo tubulare, che comunica con lo stomaco attraverso l’anello pilorico.

**COME BISOGNA PREPARARSI ALLA GASTROSCOPIA?**

**E’ necessario osservare il digiuno da cibi solidi e da liquidi opachi come latte, caffè , succhi di frutta per ALMENO SEI ORE; per quanto riguarda i liquidi chiari (acqua, the e camomilla non zuccherati), si richiede di non assumerne nelle DUE ORE precedenti l’esame** per evitare la persistenza di residui alimentari che ostacolerebbero la corretta visualizzazione della mucosa.

**SI CONSIGLIA L’ASSUNZIONE DI DIGETOP BUSTINE OROSOLUBILI**, da assumersi senz’acqua, nella posologia di 2 bustine la sera precedente l’esame, a cena, e 2 bustine 6 ore prima dell’esame.

Il paziente inoltre deve presentarsi presso il servizio di Endoscopia Digestiva con la seguente documentazione:

* Richiesta motivata per l’esecuzione dell’esame (medico di famiglia, specialista)
* Esami endoscopici precedenti o altri accertamenti correlati al disturbo per il quale si esegue l’esame (esami del sangue, radiografie, TC, risonanze, …)
* ELENCO DEI FARMACI ASSUNTI aggiornato

In caso di esecuzione di esame in SEDAZIONE PROFONDA, il paziente dovrà presentare anche:

* Elettrocardiogramma recente (max 12 mesi)
* Emocromo ed esami di coagulazione (in caso di assunzione di terapia anticoagulante)

**QUALI LESIONI POSSONO ESSERE DIAGNOSTICATE IN CORSO DI GASTROSCOPIA?**

Le lesioni che più frequentemente possono essere riscontrate in corso di **Gastroscopia** sono le seguenti:

* **Esofagite**
* **Esofago di Barrett**
* **Varici esofagee**
* **Neoplasie esofagee**
* **Gastrite**
* **Ulcera gastrica**
* **Neoplasie gastriche**
* **Ulcera duodenale**
* **Celiachia**
* **Infezione da Helicobacter Pilory**

**QUALI PROCEDURE INTEGRATIVE POSSONO ESSERE ESEGUITE DURANTE LA GASTROSCOPIA?**

* **Biopsie.** In corso di gastroscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi per l’esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza) o prelievi citologici (campioni cellulari acquisiti con un particolare spazzolino). I campioni così prelevati saranno poi inviati ad un servizio di Anatomia ed Istologia Patologica per gli esami del caso. Oltre ad aiutare nella distinzione tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili per evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose dell’esofago, dello stomaco o del duodeno, per effettuare la ricerca di una eventuale contaminazione da Helicobacter Pylori, e nella diagnosi di celiachia.
* **Polipectomie.** E’ una tecnica endoscopica atta utilizzata per rimuovere polipi e lesioni dalla mucosa del tratto gastrointestinale; rimuove polipi con peduncolo, asportando la lesione sostanzialmente in toto.
* **Tatuaggio.** L’utilizzo dell’inchiostro di china o di soluzioni di carbone sterile permette la “marcatura” di lesioni neoplastiche per facilitarne l’individuazione in corso di successive endoscopie o di interventi chirurgici.

Molto più rara è l’esecuzione delle seguenti procedure:

* **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. L’efficacia del trattamento migliora se la cavità digestiva è stata preventivamente pulita.
* **Rimozione di corpi estranei**.Vari sono gli accessori che consentono la rimozione di corpi estranei accidentalmente o volontariamente introdotti 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 (≤ 2%), l’emorragia (≤ 1%), la perforazione (≤ 0.8%). Il tasso di mortalità, sia pur minimo, è strettamente correlato alle complicanze della procedura.
* **Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica (EMR).** La mucosectomia (Resezione endoscopica della mucosa e della sottomucosa) è una tecnica avanzata di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali, che prevede l’iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione (mucosa e la sottomucosa) dalla muscolare propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica. Le complicanze più frequenti per la mucosectomia endoscopica sono rappresentate dalla perforazione, dall’emorragia e dalla stenosi con un’incidenza che varia dallo 0.5% al 5%. La mortalità può raggiungere lo 0,25%

**QUALI COMPLICANZE POSSONO OCCORRERE IN CORSO DI GASTROSCOPIA?**

Le complicanze principali di una gastroscopia diagnostica sono:

• **complicanze cardiorespiratorie:** (di solito legate alla premedicazione e/o all’ingestione di materiali refluiti) sono rappresentate da desaturazione, aritmie, aumento temporaneo della pressione arteriosa o alterazione della frequenza cardiaca; enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, infarto e shock (< 0.9%).

• **emorragia**: clinicamente significativa è possibile anche se rara (meno dello 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.

• la **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 un intervento chirurgico di riparazione; il tasso di mortalità è compreso tra il 2% ed il 36%.

**QUALI SONO LE ALTERNATIVE ALLA GASTROSCOPIA?**

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.

La gastroscopia rappresenta l’esame di scelta per diagnosticare lesioni organiche, come 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.

**QUALE SEDAZIONE PUO’ ESSERE PRATICATA PER ESEGUIRE LA GASTROSCOPIA ?**

 •  **SEDAZIONE COSCIENTE o VIGILE**: ottenibile tramite iniezione endovenosa di un sedativo/ipnotico NON ANALGESICO che produce effetti miorilassanti, di riduzione dell’ansia e induce amnesia temporanea, associato eventualmente ad un farmaco antispastico.

 **• SEDAZIONE PROFONDA** : ottenibile tramite iniezione endovenosa, da parte di un Medico Anestesista, di un ANALGESICO associato ad un sedativo/ipnotico con effetti di perdita di coscienza limitata alla durata delle indagini endoscopiche. Il tempo di risveglio si esaurisce in 5/10 minuti mentre il tempo di recupero richiede in media 50/60 minuti.

La sedazione/analgesia è finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l’esecuzione dell’esame.

Nel corso della procedura verranno costantemente monitorati i principali parametri vitali che saranno riportati sulla scheda infermieristica, prima, durante e dopo la procedura (saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca). Se le condizioni cliniche lo richiedono sarà monitorata l’attività elettrocardiografica e sarà somministrato ossigeno per mantenere/ristabilire un adeguato livello di saturazione.

**N.B. Nel caso in cui il Paziente opti per una sedazione profonda si rende opportuno svolgere una serie di esami clinici e di programmare, per una miglior organizzazione del Servizio ed una migliore assistenza del Paziente, tale prestazione.**

**COSA BISOGNA FARE PRIMA DI SOTTOPORSI ALLA SEDAZIONE?**

 • Osservare il digiuno (liquidi compresi) necessario per l’esecuzione della gastroscopia

Il digiuno è importante poichè durante la sedazione, specialmente se profonda, possono diminuire i riflessi protettivi delle vie aeree ed il contenuto dello stomaco può risalire attraverso l’esofago e passare nei polmoni, causando danni anche gravi.

 • In caso di sedazione profonda ricordare di effettuare gli esami propedeutici: elettrocardiograma, emocromo completo, prove della coagulazione.

**QUALI SONO LE COMPLICANZE DELLA SEDAZIONE ?**

Le complicanze più frequenti sono le **reazioni allergiche ai farmaci** utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l’orticaria, problemi cardio-respiratori, come l’alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari all’arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed i**n rari casi dolore nel punto di iniezione** dei farmaci con infiammazione della vena.

**COSA SUCCEDE DOPO LA GASTROSCOPIA?**

Dopo l’esame il paziente potrebbe avvertire il permanere di bruciore alla gola, gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti senza necessità di terapie specifiche. Nel caso in cui vengano effettuate procedure aggiuntive, a seconda del giudizio del medico, può essere indicata un’osservazione clinica più prolungata. Qualora l’esame sia eseguito in sedazione, al termine può residuare temporaneamente sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia. Ad ogni modo il paziente può essere dimesso solo se accompagnato e non può quindi guidare auto o motoveicoli o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.

In caso di sedazione, sono da evitare:

* **per 24 ore guida** di auto o moto
* **per 24 ore l’utilizzo di attrezzi** meccanici o elettrici
* **per 24 ore l’assunzione di decisioni importanti o la firma di contratti**
* **per 24 ore il consumo di alcool**

La ripresa delle terapie in corso, dell’alimentazione e l’assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari al momento della dimissione. Se non è stata praticata alcuna sedazione il paziente potrà tornare a casa, anche da solo.

A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all’esame. È importante pertanto riconoscere i segni precoci di possibili complicanze. **Sintomi d’allarme** sono: **dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas**. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso, o possibilmente nella stessa struttura in cui è stata eseguita la procedura se in orario di apertura.

Prima della dimissione al paziente viene consegnato **il referto,** che comprende le foto più significative raccolte nel corso della procedura. Il referto è archiviato su computer e può essere duplicato in qualunque momento.

**DIMISSIONE DAL SERVIZIO DI ENDOSCOPIA**

Al momento della dimissione il paziente deve essere sveglio e orientato ed i parametri vitali devono essere stabili e nei limiti accettabili.

I Pazienti al momento della dimissione dovranno essere accompagnati da un adulto responsabile e non potranno guidare veicoli né eseguire attività in cui serve concentrazione o prontezza di riflessi per le successive 24 ore.

**COME SI DISINFETTANO/STERILIZZANO GLI STRUMENTI ENDOSCOPICI ?**

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l’utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori pluriuso) sono puliti a fondo (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l’endoscopio) è sottoposto a un ciclo di sterilizzazione. Al temine del ciclo di sterilizzazione gli endoscopi vengono asciugati e, se non utilizzati subito, sono riposti in appositi armadi di asciugatura che consentono lo stoccaggio e la conservazione per proteggerli dalla polvere e da possibili fonti di contaminazioni. Tutte le fasi relative al ricondizionamento degli endoscopi sono tracciate tramite un apposito software.

**N.B.:L’esame endoscopico ha una durata variabile per cui non può essere garantita la puntualità dell’orario di prenotazione.**

IL TEMPO DI PERMANENZA PRESSO IL SERVIZIO DI ENDOSOPIA, PER CHI EFFETTUA ESAMI ENDOSCOPICI, SARA’ DI CIRCA 1 ORA DALL’ORARIO DI PRENOTAZIONE.

IN QUESTO INTERVALLO DI TEMPO VERRANNO EFFETTUATE:

 • ACCETTAZIONE

 • ESECUZIONE DELL’ESAME

 • OSSERVAZIONE IN SALA RISVEGLIO DOPO L’ESAME

 • CONSEGNA DEL REFERTO

 • DIMISSIONE.

Per ulteriori informazioni, preventivi di costo od eventuali comunicazioni rivolgersi alla Segreteria della struttura : segreteria@ravenna33.it