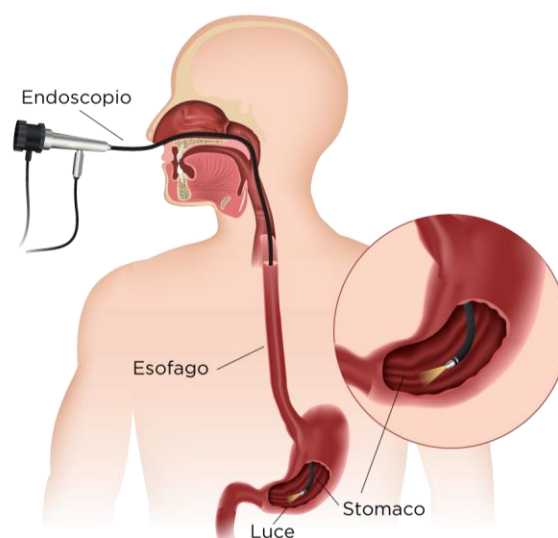


SCHEDA INFORMATIVA

Gastroscoopia

CHE COS'È LA GASTROSCOPIA?

L'Esophago-Gastro-Duodeno-Scopia (spesso detta semplicemente gastroscopia) è una procedura endoscopica che permette di esaminare, direttamente, il tratto superiore del tubo digerente (esofago, stomaco e le prime due porzioni duodenali). Si esegue con una sonda flessibile (gastroscoPIO), che viene introdotta attraverso la bocca. In corso di esame possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per l'esame istologico e si possono effettuare procedure aggiuntive, diagnostiche o terapeutiche.



IL GASTROSCOPIO

L'esame viene eseguito attraverso un endoscopio, a forma di tubo flessibile, con un diametro di solito inferiore al centimetro, dotato in punta di una sorgente luminosa e di una piccola videocamera. Questo strumento viene introdotto attraverso la bocca nell'esofago, quindi nello stomaco e nella prima parte dell'intestino tenue (duodeno), permettendo di vedere perfettamente l'interno del tratto digestivo su un monitor.

INDICAZIONI ALLA GASTROSCOPIA

La gastroscopia viene eseguita per la diagnosi di patologie a livello dell'esofago, dello stomaco o del duodeno e permette, ad esempio, di indagare alcuni sintomi quali emorragie, quadri anemici, dolore, bruciore retrosternale, nausea e difficoltà di deglutizione (disfagia).

ALTERNATIVE POSSIBILI

Sono rappresentate dalla radiografia con mezzo di contrasto e dalla tomografia computerizzata (TC) che hanno, però, una minore accuratezza diagnostica e non consentono biopsie né procedure operative. Spesso devono, quindi, essere integrate da una successiva gastroscopia. L'alternativa alle procedure interventistiche è rappresentata per lo più dall'intervento chirurgico che comporta rischi maggiori.

LA PREPARAZIONE ALL'ESAME

Lo stomaco vuoto consente la migliore e più sicura esplorazione endoscopica. A tal fine, è necessario essere a digiuno dalla mezzanotte del giorno precedente. La presenza di cibo o residui alimentari limita il campo visivo inficiando l'attendibilità diagnostica della procedura e, in caso di vomito, può causare il passaggio di residui alimentari nelle vie respiratorie. Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile che il medico venga informato di eventuali malattie e/o allergie di cui il paziente soffre, se assume farmaci e se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura che possa interferire con strumenti elettromedicali. Nel caso in cui assuma farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione previo consulto con lo specialista di riferimento. Nel caso di allergia al lattice, si renderà necessario uno specifico allestimento della sala di endoscopia e l'utilizzo di materiali particolari. In previsione di particolari atti endoscopici operativi, sulla scorta dell'anamnesi del paziente, degli esami clinico-strumentali, eseguiti in precedenza, e dell'esistenza di possibili fattori di rischio, sarà considerata l'opportunità di eseguire esami ematici per la valutazione dell'assetto coagulativo. Se tra le indicazioni dell'esame vi è anche la ricerca dell'infezione da *Helicobacter pylori*, il paziente deve sospendere

l'assunzione di antisecretori, come gli inibitori di pompa protonica, da almeno 2 settimane e l'assunzione di antibiotici da almeno un mese.

COME SI ESEGUE

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 monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue, la pressione arteriosa e la traccia elettrocardiografica. 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. Eventuali protesi dentarie mobili dovranno, quindi, essere rimosse prima dell'esame. La procedura è di breve durata, non è dolorosa e non interferisce con la normale respirazione. La gastroscopia viene effettuata in sedazione (sedo-analgesia), in modo da ridurre notevolmente il disagio per il paziente e rendere meno fastidioso l'esame. La sedazione offre maggiori garanzie di una più facile ed accurata esecuzione della procedura endoscopica. Maggiori dettagli sono riportati sull'apposito modulo di consenso informato.

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. La sedazione, solitamente, annulla la percezione della procedura ed evita sensazioni spiacevoli
- durante la procedura si insuffla anidride carbonica 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
- sono monitorate frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e, se necessario, attività elettrocardiografica

Attraverso la Cromoendoscopia, aumentando il contrasto tra una lesione e la mucosa circostante, è possibile migliorare la visione aumentando la risoluzione dell'immagine e rendendo possibile l'identificazione di lesioni in fase precoce. Questa tecnologia consente anche di effettuare prelievi biotipici mirati aumentando l'accuratezza diagnostica e l'individuazione dei margini ed eventuali residui dopo resezioni endoscopiche. Con l'ausilio della Magnificazione di immagine, mediante un potenziamento dell'immagine, si aumenta il numero dei pixel risolutivi mostrando un'immagine più dettagliata. Attraverso l'utilizzo dell'anidride carbonica, gas riassorbito dall'organismo con una velocità superiore rispetto all'aria ambiente, viene ridotto il gonfiore e i fastidi legati alla distensione addominale.

PROCEDURE INTEGRATIVE A FINALITÀ DIAGNOSTICA

- **Biopsie:** in corso di gastroscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi per l'esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza) per distinguere tra lesioni benigne e maligne ed evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose del colon.
- **Polipectomia:** è una tecnica endoscopica che consente l'asportazione di lesioni polipoidi sessili o peduncolate del tubo digestivo, mediante l'utilizzo di anse diatermiche collegate a un elettrobisturi che eroga corrente diatermica.

- **Test Helicobacter Pylori:** prelevando un piccolo campione del rivestimento interno dello stomaco in sede di endoscopia, tramite un apposito kit, è possibile esaminarlo al fine di verificare la presenza di microscopici segni di infezione e dell'Helicobacter Pylori, quindi avere una diagnosi istantanea.

COMPLICANZE

Le complicanze principali di una gastroscopia diagnostica sono:

- **Complicanze cardiorespiratorie:** di solito legate alla premedicazione e/o all'aspirazione di materiali refluiti, sono rappresentate da desaturazione, 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). 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 un intervento chirurgico di riparazione. Il tasso di mortalità è compreso tra il 2% ed il 36%.
- **Complicanze a seguito di polipectomia:** sono rare. Le più frequenti sono rappresentate da:
 - **Perforazione (0,04-1%):** la perforazione in corso di polipectomia, pur essendo una complicanza rara, tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica. In presenza di una perforazione, il trattamento endoscopico (posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.
 - **Emorragia (0,3-6,1%):** l'emorragia post-polipectomia rappresenta la complicanza più frequente. In circa l'1,5% dei pazienti sottoposti a polipectomia si verifica un sanguinamento immediato che normalmente viene controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare fra i 7 e i 30 giorni dopo la polipectomia. Il ricorso alla chirurgia è raro.
 - **Ustione trans-murale (0,003-0,1%):** è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con un quadro di febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito si risolve con terapia conservativa mediante idratazione endovena, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia. La mortalità può raggiungere lo 0,25%

DOPO L'ESAME

Dopo l'esame, il paziente potrebbe avvertire il permanere di gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti. Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a seconda del giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata. Al termine dell'esame può persistere temporaneamente sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia. 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. La ripresa delle terapie, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari alla dimissione. A distanza di alcune ore si potrebbero verificare complicanze tardive correlate all'esame. È importante pertanto

riconoscere i segni precoci come: 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. A seguito di esame endoscopico, il paziente sarà escluso per un periodo di 12 mesi da una eventuale donazione di sangue.

COME SI DISINFETTANO/PULISCONO GLI STRUMENTI

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 poli-uso) sono puliti a fondo (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l'endoscopio) è sottoposto a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lava endoscopi. Al termine del ciclo di disinfezione, gli endoscopi vengono asciugati e riposti in appositi armadi areati che consentono lo stoccaggio verticale per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazioni e dalle alte temperature. Gli accessori riutilizzabili (pinze, anse da polipectomia, ecc.), sono considerati strumenti critici e, dopo essere stati sottoposti ad accurato lavaggio, vengono sottoposti a un processo di sterilizzazione.

I NOSTRI AMBIENTI

La gastroscopia è normalmente percepita dai pazienti come invasiva e dolorosa. L'ansia e l'inibizione psicologica legate a questi aspetti sono le cause che determinano la bassa adesione da parte dei pazienti a sottoporsi a questo esame. Il centro UPMC Institute for Health Chianciano Terme è stato progettato per permettere lo studio endoscopico delle malattie digestive e la prevenzione oncologica in condizioni eccellenti e in un ambiente confortevole che risponde al meglio anche alle esigenze psicofisiche del paziente. L'esame viene, infatti, eseguito in una struttura sobria ed ergonomica, dotata delle più moderne apparecchiature endoscopiche ad alta definizione e di un team di professionisti altamente qualificato. L'equipe che esegue gli esami endoscopici è composta da due figure mediche di grande esperienza che si adoperano per il paziente. Il medico endoscopista esegue l'esame utilizzando le tecniche più fisiologiche, diminuendo sensibilmente le problematiche legate sia alla procedura che al post-procedura. L'esame viene eseguito in sedazione profonda con respiro spontaneo che annulla la percezione dolorosa e il medico anestesista assiste il paziente occupandosi del suo confort. Il personale medico e infermieristico coopera affinché la procedura risulti eccellente, oltre che dal punto di vista diagnostico, anche dal punto di vista percettivo-cognitivo.