

## **INFORMATIVA SULLA ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGDS)**

### **Che cos'è la gastroscopia**

L'Esofago-Gastro-Duodeno-Scopia (più semplicemente gastroscopia) è un intervento che

- si esegue con una sonda flessibile (gastroscopio) introdotta attraverso la bocca.
- permette di visualizzare il tratto superiore del tubo digerente (esofago, stomaco e le prime due porzioni del duodeno).

Nel corso dell'esame possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per l'indagine istologica, e si possono effettuare interventi aggiuntivi a scopo di diagnosi o terapia.

### **Come si esegue la gastroscopia**

L'esame viene eseguito con un gastroscopio dotato di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera che invia le immagini ad uno schermo.

A seconda del giudizio del medico operatore, ed in accordo col paziente, l'esame può essere eseguito anche in stato di sedazione. Per fare questo, acquisito il consenso del paziente, si posiziona un accesso in una vena e si monitorizzano la frequenza cardiaca, l'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa.

L'esame è eseguito preferibilmente col paziente posizionato sul fianco sinistro.

Durante l'esame, per aiutare il paziente a mantenere la bocca aperta 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 un comportamento il più possibile rilassato e collaborativo, eviti atteggiamenti reattivi e controlli eventuali conati di vomito con una respirazione profonda e regolare;
- si insuffla aria per distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare perché innocua ed assolutamente transitoria.
- saranno monitorate, frequenza cardiaca, l'ossigeno nel sangue e, se necessario, l'attività elettrocardiografica.

### **La preparazione alla gastroscopia**

La migliore e più sicura esplorazione endoscopica si effettua a stomaco vuoto.

E' quindi necessario essere a digiuno da almeno 6 ore perché la presenza di cibo o residui alimentari limita il campo visivo, inficia l'attendibilità diagnostica e, in caso di vomito, particelle di questo possono passare nelle vie respiratorie.

Nel colloquio precedente l'esame il medico deve essere informato su eventuali malattie e/o allergie di cui il paziente soffre, se il paziente assume farmaci e se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile (può interferire con gli strumenti elettromedicali).

Il paziente che assume farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, prima della colonscopia, deve valutare, con lo specialista di riferimento, l'opportunità di modificare o sospendere la terapia anticoagulante, se non addirittura di instaurare una terapia che ristabilizzi i test di coagulazione.

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, si può considerare l'opportunità di eseguire test ematici per valutare l'assetto coagulativo.

Nel caso di allergia al lattice si provvede ad uno specifico allestimento della sala di endoscopia con l'utilizzo di materiali senza lattice.

Se tra le indicazioni della gastroscopia vi è anche la ricerca dell'infezione da *Helicobacter pylori* il paziente deve sospendere l'assunzione di antisecretori, come gli inibitori di pompa protonica, almeno 2 settimane prima dell'esame e l'assunzione di antibiotici almeno un mese prima.

## **Procedure integrative a finalità diagnostica che possono essere attuate durante la gastroscopia**

### **Biopsie.**

In corso di gastroscopia può essere opportuno eseguire piccoli prelievi per l'esame istologico. Le biopsie sono indispensabili per vedere se la lesione è benigna, precancerosa o francamente maligna, per ricercare la presenza dell'*Helicobacter Pylori*, per la diagnosi di celiachia.

### **Tatuaggio.**

Se durante la gastroscopia si individua una lesione sulla quale si ritiene necessario intervenire successivamente, la si evidenzia con un tatuaggio di polvere di carbone sterile per poi ritrovarla con sicurezza.

## **Complicanze della gastroscopia diagnostica**

Le complicanze principali di una gastroscopia diagnostica sono:

- **Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie:** di solito legate alla premedicazione e/o all'ingestione di materiali refluiti, sono rappresentate da diminuzione dell'ossigeno nel sangue, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, e shock (<0,9%).
- **emorragia:** è possibile anche se rara (meno dello 0.5% degli esami).

E' più probabile nei soggetti con trombocitopenie e/o coagulopatie, o dopo biopsie su tessuti malacici (flogosi severe/ tumori).

La gestione del 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, pregressa ingestione di caustici, stenosi esofagee, neoplasie, diverticoli duodenali.

Tale complicanza può richiedere un trattamento con posizionamento di sondino naso-gastrico, digiuno, terapia farmacologica, chiusura endoscopica della breccia con clips metalliche, talora anche un intervento chirurgico di riparazione.

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

La gastroscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami diagnostici ha, generalmente, un aumento del rischio che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato.

- **polipectomia.** È una tecnica endoscopica che consente l'asportazione di patologie polipoidi del tubo digerente mediante l'utilizzo di un elettrobisturi diatermico.

Le complicanze più frequenti della polipectomia sono rappresentate dalla perforazione e dall'emorragia con un'incidenza che varia dal 3.4 al 7.2%. In questi casi la mortalità può raggiungere lo 0,25%.

### **Cosa succede dopo la gastroscopia**

Dopo l'esame il paziente può avvertire bruciore alla gola, gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti senza necessità di manovre o terapie aggiuntive.

Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata.

Qualora l'esame sia eseguito in sedazione, al termine, può residuare sonnolenza temporanea, capogiro, visione offuscata o doppia. In tutti i casi il paziente può essere dimesso solo se accompagnato; nelle 24 ore successive non può guidare auto o motoveicoli, compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione.

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 può tornare a casa anche da solo.

A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame che si manifestano con sintomi di allarme quali: 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 tali casi è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso.

A seguito dell'esame endoscopico, il paziente sarà escluso da eventuali donazioni di sangue per un periodo di 12 mesi.

### **Quali sono le alternative alla gastroscopia**

La gastroscopia rappresenta l'esame di scelta per diagnosticare lesioni organiche, (es. ulcere, tumori, ecc), con un'accuratezza superiore al 95%; ciò permette al medico di individuare le cause di molti disturbi del tratto digestivo superiore.

Le alternative sono rappresentate dalla radiografia con mezzo di contrasto e dalla tomografia computerizzata (TC); queste, però, hanno una minore accuratezza diagnostica, non consentono biopsie, né procedure operative; spesso devono essere comunque integrate da una successiva endoscopia.

L'alternativa alle pratiche eseguite in gastroscopia è l'intervento chirurgico che, chiaramente, comporta rischi maggiori.

### **Come si disinfettano/sterilizzano gli strumenti**

Per garantire all'utente ed agli operatori sanitari una prestazione sicura e libera da rischi infettivi, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori pluri-uso) sono puliti a fondo (superfici esterne e canali interni) subito dopo ogni procedura con detergenti proteolitici; si rimuove, così, ogni materiale organico potenzialmente contaminante.

A seguire, lo strumentario considerato semicritico (es. endoscopio) è sottoposto a disinfezione di alto livello. Al termine del ciclo di disinfezione gli endoscopi sono asciugati e, se non riutilizzati subito, sono riposti in armadi areati per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazioni e dalle alte temperature.

Gli accessori riutilizzabili tipo pinze ed anse da polipectomia, sono considerati strumenti critici che, dopo accurato lavaggio, sono sottoposti ad un processo di sterilizzazione.

*NOTA SUL MONOUSO: Gli accessori monouso, dopo l'impiego, vengono smaltiti, secondo la normativa vigente.*