 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<h2>INFORMATIVA ALLA ENDOSCOPIA OPERATIVA</h2>	<p>GA_EOP_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 1/4</p>
---	--	---

*Nota. Informativa redatta secondo le indicazioni della Società Italiana di Endoscopia Digestiva.*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

***N.B. Il presente modulo informativo riguarda le procedure di endoscopia operativa che possono essere effettuate in corso di gastroscopia e/o colonscopia. Pertanto il modulo non può essere consegnato separatamente dalla informativa alla gastroscopia o colonscopia, di cui diviene parte integrante. Il modulo deve essere firmato per presa visione e riconsegnato al sanitario che propone/segue la procedura di seguito descritta. Questo modulo ha lo scopo di informare il paziente sulla procedura che si appresta ad affrontare e pertanto si prega di leggere attentamente quanto sotto riportato, affinché ogni dubbio o domanda possano essere chiariti nel colloquio diretto con il sanitario. Occorre portare con sé tutti i referti di precedenti esami endoscopici, esami del sangue e tutti gli altri documenti relativi alle proprie condizioni di salute (visite specialistiche, altre indagini diagnostiche, resoconti di interventi chirurgici, ecc.)***

La informiamo che i contenuti di questa informativa sono condivisi da tutti i medici appartenenti alla equipe della UOC, pertanto essa ha validità anche nel caso in cui l'esecutore della prestazione non coincida con il medico che le ha fornito le suddette informazioni. In quest'ultimo caso può comunque chiedere che le informazioni e/o spiegazioni le siano ripetute dal medico esecutore.

Questa struttura ha tra i suoi compiti l'insegnamento, oltre alla cura degli ammalati, pertanto le procedure potrebbero essere eseguite anche da medici iscritti alla Scuola di Specializzazione di Gastroenterologia o al Master in Endoscopia Avanzata, sempre affiancati da un professionista dell'Azienda già specialista.

Si precisa inoltre che l'orario di convocazione dell'esame è puramente indicativo e può non corrispondere all'orario effettivo di esecuzione in relazione alla complessità di indagini precedenti che potranno determinare uno slittamento dell'orario assegnato.

Si segnala infine che i dati risultanti dall'esame in oggetto potranno essere utilizzati in forma rigorosamente anonima ai fini di ricerca scientifica.

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


L'endoscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami diagnostici generalmente ha un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato.

**Polipectomia.** È una tecnica endoscopica che consente l'asportazione dei polipi del colon, mediante l'utilizzo di particolari accessori (anse da polipectomia) che generalmente vengono collegati ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo"). Le complicanze 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

UOC: GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA\_AUSL IMOLA

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<h2>INFORMATIVA ALLA ENDOSCOPIA OPERATIVA</h2>	<p>GA_EOP_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 2/4</p>
---	--	---


normalmente viene controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare fra i 7 ed 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%.

**Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica (EMR ed ESD).** L'EMR o mucosectomia (Resezione endoscopica della mucosa e della sottomucosa) e l'ESD (Dissezione endoscopica sottomucosa) sono tecniche avanzate di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali. Esistono varie tecniche di esecuzione: quella più comune è la tecnica "lift and cut" 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 nella EMR o con dissectore libero nella ESD. 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%, mentre per la dissezione endoscopica sottomucosa le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla perforazione (fino al 6%), dall'emorragia (fino al 11%). A volte il sanguinamento può avvenire tardivamente, cioè a distanza di alcuni giorni dalla procedura (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 maggior parte delle perforazioni viene immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura. Se non è possibile riparare la perforazione endoscopicamente, occorrerà ricorrere ad un intervento chirurgico d'urgenza. Per entrambe le procedure la mortalità è rara (0,25%).

**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. Il tasso di complicanze varia a seconda che si tratti di emostasi di emorragia varicosa (35-78%, con una mortalità del 1-5%) o non varicosa (inferiore al 5%, con mortalità superiore o uguale al 4,5%). È possibile eseguire la legatura elastica delle varici anche come forma di profilassi primaria, cioè nei casi in cui non si è mai verificato un sanguinamento. In questo caso la percentuale di complicanze varia dal 5 al 15%. Nel caso di emorragie varicose, così come nella legatura profilattica, le complicanze sono: il sanguinamento tardivo post-procedura, l'aspirazione di sangue nelle vie respiratorie, la perforazione, l'ulcerazione o l'ematoma intramurario nel sito di iniezione di sostanza emostatica e la stenosi. Nel caso di emorragie non varicose rare complicanze sono: la perforazione e l'esacerbazione del sanguinamento. Tuttavia, soprattutto nel trattamento delle angiodisplasie, in particolare quando localizzate a livello del colon destro, la perforazione è stata descritta fino al 2,5% dei casi.

**Rimozione di corpi estranei dal tratto digestivo alto.** Vari sono gli accessori che consentono la rimozione di corpi estranei accidentalmente o volontariamente introdotti nel tratto digestivo alto.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<h2>INFORMATIVA ALLA ENDOSCOPIA OPERATIVA</h2>	<p>GA_EOP_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 3/4</p>
---	--	---


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 (frequenza inferiore o uguale al 2%), l'emorragia (frequenza inferiore o uguale allo 1%), la perforazione (frequenza inferiore o uguale allo 0,8%). Il tasso di mortalità, sia pur minimo, è strettamente correlato alle complicanze della procedura. Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom) dal momento che l'eventuale rottura dell'involucro durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe con conseguente sindrome da overdose ed elevato rischio di morte.

**Rimozione di corpi estranei dal tratto digestivo basso.** La manovra consiste nel "catturare" il corpo estraneo ed estrarlo con l'ausilio di specifici accessori. In oltre il 70% dei casi la rimozione del corpo estraneo avviene con successo per via endoscopica. In questa manovra, la complicanza più temuta è la perforazione. Il rischio di perforazione varia in relazione al tipo di oggetto (appuntito o smusso). Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom) dal momento che l'eventuale rottura dell'involucro durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe con conseguente sindrome da overdose ed elevato rischio di morte.

**Dilatazione di stenosi.** La dilatazione avviene inserendo, su filo guida precedentemente posizionato nel tratto stenotico, un dilatatore che può essere idro-pneumatico (palloncino a dilatazione progressiva a riempimento di acqua o aria) o meccanico (sonda rigida di calibro progressivo). Possono essere necessarie più sedute per la risoluzione della patologia in quanto la dilatazione per essere sicura ed efficace, deve essere lenta e graduale. La dilatazione delle stenosi ha come complicanze la perforazione e l'emorragia con tasso totale compreso tra lo 0,1 e 0,4%. Tali percentuali aumentano nel caso di dilatazione pneumatica per acalasia, raggiungendo valori compresi tra 1,6 e 8%. La mortalità varia dallo 0,1 allo 0,5%.

**Posizionamento di endoprotesi.** L'endoprotesi è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. Le endoprotesi sono dei "tubi" di plastica o di metallo. La manovra di posizionamento avviene sotto visione radiologica e/o endoscopica e consiste nell'inserire l'endoprotesi su filo guida attraverso il tratto stenotico o con fistola. Le patologie che possono richiedere il trattamento con endoprotesi sono le stenosi o le fistole benigne e la palliazione delle stenosi maligne inoperabili; nel posizionamento di endoprotesi si distinguono complicanze precoci (2-12%) e tardive. Le prime sono rappresentate da: aspirazione di materiale gastro-enterico nelle vie respiratorie, difficoltà respiratoria da compressione tracheale, sanguinamento e perforazione. Le tardive sono l'ostruzione (14-27%), la fistolizzazione (fino al 6%) e la dislocazione della protesi (3-20%). La mortalità è dell'1%.

**Posizionamento di sonde da decompressione del colon.** Consiste nel posizionamento di tubicini per la decompressione del colon in pazienti con pseudo-ostruzione intestinale. I dati circa i risultati del posizionamento di tubi da decompressione sono molto limitati e riportano un rischio di perforazione di circa il 2%.

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> <i>Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</i></p> <p><b>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</b></p>	<p><b>INFORMATIVA ALLA ENDOSCOPIA OPERATIVA</b></p>	<p>GA_EOP_15</p> <p>Rev. 00</p> <p>del 05/01/15</p> <p>Pag. 4/4</p>
--	---	---

**A cura del Medico che propone l'endoscopia operativa**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze dell'endoscopia operativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma del medico proponente \_\_\_\_\_

**A cura del Paziente per presa visione**

Data.....

Firma del paziente \_\_\_\_\_


Per i minori (o nell'incapacità di intendere e di volere)

Il paziente.....

I genitori:

Firma padre \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_

Firma tutore \_\_\_\_\_

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIRETTORE PROF. GIANCARLO CALETTI</p>	<h2>CONSENSO INFORMATO ALLA ENDOSCOPIA OPERATIVA</h2>	GA_EOP_15 Rev. 00 del 05/01/15 Pag. 1/1
---	---	--

### CONSENSO INFORMATO: endoscopia operativa

Preso atto dei miei diritti e doveri e delle informazioni prestatemi dai sanitari, inclusi i rischi connessi alla procedura, autorizzo i sanitari stessi ad intraprendere atti sanitari nel mio esclusivo interesse per tutelare la mia salute e la mia integrità fisica, in ragione delle mie condizioni generali, della situazione specifica e degli imprevisti che potrebbero verificarsi in sede di procedura.

- Accenso** ad essere sottoposto a endoscopia operativa
- Non accenso** ad essere sottoposto a endoscopia operativa

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (Paziente/Tutore legale/Genitore)

AUTORIZZO l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento nel solo interesse della mia salute.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

### REVOCA

#### Consenso Informato endoscopia operativa

Io \_\_\_\_\_ sottoscritto/a nato/a il \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

**Dichiaro di voler REVOCARE il consenso**

Firma \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_