

Gent. Signora/ Egr. Signore

Nel modulo informativo allegato Le abbiamo spiegato in cosa consistano i principali esami endoscopici a carico del tratto digestivo superiore (EGDS) o inferiore (colonscopia); durante l'EGDS e la colonscopia possono essere effettuate delle procedure operative, che hanno un significato terapeutico. Tutti gli esami nel corso dei quali sono programmate procedure operative sono eseguiti in sedazione; della maggior parte di esse è ipotizzabile una alternativa chirurgica, che è però gravata da maggiore invasività e morbilità.

- **Recupero corpi estranei:** possono trovarsi nel primo tratto digerente (esofago, stomaco, o duodeno), nel colon-retto, o raramente nell'ultima ansa ileale. Non tutti i corpi estranei sono pericolosi; alcuni possono essere lasciati all'interno del tratto digerente, attendendo la loro espulsione spontanea con le feci. I corpi estranei possono causare un danno diretto (con meccanismo meccanico, causando perforazione o occlusione), o rilasciare sostanze tossiche (es: batterie); possono essere asintomatici o causare sintomi (dolore, impossibilità a ingerire gli alimenti e la stessa saliva). L'asportazione endoscopica dei corpi estranei è meno invasiva e rischiosa della asportazione chirurgica, ma non scevra di rischi; la chirurgia può essere necessaria per rimediare al danno.
- **Polipectomie di grossi polipi o asportazione di lesioni sottomucose.** I polipi sono delle escrescenze della mucosa dello stomaco e dell'intestino; possono essere di origine infiammatoria, o neoplastica. Per origine neoplastica intendiamo che sono tumori, il più delle volte del tutto benigni; tuttavia in caso di benignità è meglio toglierli perché possono evolvere in lesioni maligne, cioè in grado di dare metastasi a distanza. La difficoltà della asportazione dei polipi è legata non solo alle loro dimensioni, ma anche alla loro posizione e alle caratteristiche della loro base d'impianto, che può essere più o meno estesa. La maggior parte dei polipi è asportata nel corso delle normali procedure ambulatoriali. Il medico può decidere di rimandare l'asportazione del polipo ad una seduta successiva, per avere il tempo necessario per completare tranquillamente la procedura, per interrompere una eventuale terapia anticoagulante o antiaggregante in corso, o anche per predisporre un adeguato periodo di osservazione al termine dell'intervento. La tecnica più semplice di asportazione dei polipi è la polipectomia con ansa: si stringe in un cappio la base del polipo e lo si taglia, eventualmente facendo passare corrente elettrica per coagulare i vasi, prevenendo così il sanguinamento. Quando la lesione è poco rilevata e aderente alla mucosa, oppure **posta all'interno della sottomucosa** (il primo strato di parete, sotto la mucosa), si utilizza la mucosectomia: prima di afferrare la lesione con ansa, la si solleva iniettando del liquido alla sua base. Lesioni di ampie dimensioni o in posizioni difficili, potranno richiedere una rimozione a frammenti. Un'ulteriore tecnica di polipectomia è la dissezione sottomucosa; dopo aver espanso la sottomucosa iniettando del liquido (come nella mucosectomia), si asporta la lesione sezionando con un ago le fibre della sottomucosa: è una tecnica utile per asportare in modo radicale lesioni ad alto rischio, ma è associata ad un rischio più frequente di complicanze. Le principali complicanze della polipectomia sono l'emorragia e la perforazione. Il rischio di emorragia è aumentato dall'assunzione di anticoagulanti o antiaggreganti, anche quando questi siano stati interrotti prima della procedura. Una emorragia digestiva si può verificare anche alcuni giorni dopo la polipectomia, per il distacco dell'escara. In alcuni casi, pur in assenza di perforazione, si verifica un danno legato ad un effetto in profondità della coagulazione applicata: si avverte così dolore nella sede della polipectomia, o si può avere febbre. La polipectomia oltre a un ruolo terapeutico, ha anche un ruolo diagnostico; solo dopo aver asportato completamente una lesione è possibile esaminarla al microscopio nella sua interezza, ottenendo così una diagnosi affidabile. In alcuni casi dopo aver asportato completamente una lesione con tecnica endoscopica, può risultare indicato un intervento chirurgico, per prevenire la recidiva della malattia nella stessa sede o in altri organi. Infine, in particolare quando l'asportazione è stata effettuata a frammenti, può essere necessario eseguire uno o più controlli endoscopici ravvicinati, fino a quando non si sarà certi della completezza della asportazione e della assenza di recidiva.
- **Dilatazione di stenosi,** cioè di restringimenti del tratto digestivo, dovuti ad infiammazione, neoplasia, o esiti chirurgici. Con controllo endoscopico e spesso anche radiologico si introduce attraverso il canale dell'endoscopio un filo guida oltre la stenosi. Sul filo guida si fanno scivolare delle sonde di materiale plastico con estremità assottigliata e di calibro crescente; in alternativa su filo guida si utilizzano dei cateteri con palloncino gonfiabile, con cui si dilata il restringimento. I rischi maggiori sono quelli di emorragia e perforazione.
- **Posizionamento di protesi:** anche questa tecnica si impiega in presenza di restringimenti (stenosi) del tratto digestivo. Come nella tecnica precedente si posiziona un filo guida oltre la stenosi; quindi su di esso si fa scorrere un tubo di maglia metallica arrotolata (protesi), che è posizionato a cavallo del restringimento stesso. Una volta posizionata, la protesi by-passa il restringimento e permette il passaggio a valle del contenuto intestinale. Dopo il posizionamento è normale un certo dolore, di solito lieve, transitorio e trattabile con analgesici. Le complicanze sono la dislocazione (cioè che lo spostamento della protesi a monte o a valle della stenosi) e l'ostruzione (la protesi risulta ostruita da ingesti, o dalla crescita del tessuto all'interno della protesi stessa); più rare l'emorragia e la perforazione. Non sempre il superamento della stenosi da parte della protesi risolve il quadro clinico, in quanto possono essere presenti ulteriori stenosi più a valle, o la motilità gastro-intestinale può essere alterata dalla patologia. I pazienti con una protesi a livello del tratto digestivo superiore (e in particolare dell'esofago) dovrebbero ricevere una dieta

semiliquida ed assumerla in posizione seduta (non sdraiata); possono anche lamentare reflusso di materiale alimentare o di succhi gastrici; quest'ultima situazione è alleviata con la prescrizione di farmaci.

- **Posizionamento di sondini ad uso nutrizionale o decompressivo.** L'endoscopia può essere utilizzata per posizionare sondini naso-gastrici, naso-duodenali o naso-digiunali.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO (ai sensi della L.219/2017)

alla procedura di.....

Io sottoscritto

o io, delegato

Data e firma del paziente che delega

o io legale rappresentante

in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale; va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

Dichiaro di essere stato informato in modo completo, aggiornato e comprensibile circa:

- la diagnosi e la prognosi della patologia la natura della procedura proposta, i rischi ed i benefici, compresi i rischi della sedazione.
- le ragionevoli possibili alternative, i loro rischi e benefici.
- le conseguenze dell'eventuale rifiuto della procedura, o della rinuncia ad essa.

Dichiaro altresì di:

- aver avuto ampia opportunità di fare domande ed ottenere risposte.
- aver compreso le informazioni ricevute.
- di aver avuto il tempo sufficiente per maturare la decisione.
- di acconsentire alla eventuale variazione del trattamento previsto, qualora, nel corso della procedura emergessero fatti nuovi o complicanze che in quel momento rendano indicato, nel mio esclusivo interesse e/o per urgenze non dilazionabili, un trattamento diverso da quello proposto.
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento.

Luogo.....data.....

ACCONSENTO.....

NON ACCONSENTO.....

Firma del Medico che ha informato il pazienteData

Firma del Medico che esegue la procedura.....Data

