

Regione Piemonte  
 AOU San Luigi Gonzaga Orbassano TO  
 Tel. 011/90.261 email: aou.sanluigi@legalmail.it

SSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
 Responsabile Dott.ssa Angela Sambataro  
 Tel. 011/90.26.351  
 Email: a.sambataro@sanluigi.piemonte.it

## ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

### INFORMAZIONI AL PAZIENTE

Gentile Signora/Signore,

questo documento ha lo scopo di fornirle informazioni sull'esame denominato **Esofagogastroduodenoscopia**. Il fine è di renderla consapevole della procedura, delle opportunità che offre, facendole presente anche i relativi rischi. Legga attentamente queste informazioni e se lo ritiene opportuno, ne parli con il suo medico curante. Prima dell'esame, ponga pure liberamente qualsiasi domanda al personale sanitario presente, affinché possa accostarsi alla procedura con la dovuta consapevolezza. Dopo aver letto e compreso le informazioni fornite, la invitiamo a firmare il modulo di **Consenso Informato** allegato a questo documento.

Lei ha comunque diritto a ritirare il suo consenso in qualsiasi momento, senza fornire alcuna spiegazione.

### Cos'è l'Esofagogastroduodenoscopia?

L'esame consiste nell'esplorazione, per mezzo di uno strumento endoscopico, dell'esofago, dello stomaco e del duodeno. A completamento diagnostico, il medico può praticare **biopsie** (prelievi di piccoli frammenti di mucosa). E' anche possibile recuperare corpi estranei accidentalmente ingeriti e trattare lesioni sanguinanti.

### Cosa fare prima dell'esame?

E' necessario osservare un **digiuno** di 6 ore da cibi solidi e di 4 ore da liquidi. Non sarà necessario invece sospendere le terapie in atto, ma sarà sufficiente assumerle con poca acqua almeno 2 ore prima dell'esame.

Nel caso faccia uso di **farmaci** antiaggreganti (cardioaspirina, ticlopidina, clopidogrel, ecc...), anticoagulanti (eparina, warfarin, nuovi anticoagulanti orali ecc....), ne parli con il suo medico di famiglia, cardiologo o altro specialista di riferimento. Anche nel caso di terapia insulinica è opportuno consultarsi con il suo medico curante. La **profilassi antibiotica** non è solitamente praticata, tranne che in casi particolari quando è consigliata dal medico curante.

### Come si svolge l'esame?

Verrà fatto accomodare sul lettino, il personale infermieristico potrà reperire un accesso venoso ed eventualmente monitorare i suoi parametri vitali e quindi sarà invitato a posizionarsi sul fianco sinistro.

Le verrà spruzzato in gola un **anestetico locale** per ridurre il fastidio del passaggio dello strumento (avverta il personale se è a conoscenza di allergie ad anestetici), le verrà posto tra i denti un boccaglio (per evitare di mordere lo strumento endoscopico) e sarà invitato a rimuovere un'eventuale protesi dentaria.

All'introduzione dello strumento, **non avvertirà dolore, ma solo un fastidio al passaggio in gola.**

L'esame può essere eseguito solo con l'anestesia locale oppure con sedazione mediante farmaci per via endovenosa. La sedazione rende indispensabile l'astensione dalla guida di veicoli (per questo motivo le raccomandiamo di venire accompagnato) e da attività che richiedono particolare attenzione per almeno 24 ore. Poiché i farmaci utilizzati per via endovenosa per la sedazione possono passare nel latte materno, se sta allattando deve interrompere l'allattamento per almeno 24 ore.

Soltanto in casi molto particolari, si potrà organizzare l'esame con assistenza anestesiologicala.

L'esame dura normalmente pochi minuti. Potrà riprendere le sue normali attività entro 1 – 2 ore in assenza di sedazione. L'alimentazione potrà essere ripresa soltanto quando l'anestesia del cavo orale avrà cessato il suo effetto (di norma dopo circa 30 minuti).

### Sono possibili complicanze?

Le complicanze legate all'esame, seppure rare, sono le seguenti:

- **Sanguinamento (0,003% - 0,03%)**
- **Perforazione (0,01%)**
- **Disturbi cardiocircolatori e/o respiratori, specie in rapporto alla sedazione (0,006% - 0,07%)**
- **Complicanze infettive (0% - 0,008%)**

Regione Piemonte  
 AOU San Luigi Gonzaga Orbassano TO  
 Tel. 011/90.261 email: aou.sanluigi@legalmail.it

SSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
 Responsabile Dott.ssa Angela Sambataro  
 Tel. 011/90.26.351  
 Email: a.sambataro@sanluigi.piemonte.it

## CONSENSO INFORMATO ALLA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ dichiaro di:

- aver preso visione del modulo informativo
- aver avuto la possibilità di porre domande al medico curante e/o all'operatore e di aver avuto risposte soddisfacenti
- aver ricevuto informazioni chiare, sufficienti e da me comprensibili
- aver compreso quindi le motivazioni, gli scopi e i benefici dell'esame, le modalità di esecuzione, nonché le possibili complicanze e le eventuali alternative possibili
- aver avuto il tempo necessario per riflettere prima di decidere se effettuare o meno l'esame
- non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso

Sono inoltre consapevole che:

- ho il diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento, senza fornire alcuna spiegazione
- la non esecuzione della manovra endoscopica propostami può determinare una maggiore difficoltà nel percorso diagnostico-terapeutico.

### PERTANTO

- **Dichiaro di acconsentire** liberamente e consapevolmente ad essere sottoposto all'esame
- **Dichiaro di acconsentire** liberamente e consapevolmente all'esecuzione di eventuali manovre operative (biopsia, polipectomia, etc....) che dovessero essere potenzialmente effettuabili

**Chiedo di eseguire l'esame con sedazione farmacologica**                      **SI**                      **NO**

**IN CASO DI SEDAZIONE IL PAZIENTE DOVRA' ESSERE ACCOMPAGNATO DA UN ADULTO E NON POTRA' GUIDARE VEICOLI NE' ESEGUIRE ATTIVITA' CHE RICHIEDONO CONCENTRAZIONE PER LE SUCCESSIVE 24 ORE**

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

Firma del rappresentante legale \_\_\_\_\_  
 (genitori di minore/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

Luogo e data \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **A cura del Medico Endoscopista**

Dichiaro di aver fornito esaurienti informazioni al paziente sig./ra \_\_\_\_\_

**Firma del Medico** \_\_\_\_\_

Regione Piemonte  
 AOU San Luigi Gonzaga Orbassano TO  
 Tel. 011/90.261 email: aou.sanluigi@legalmail.it

SSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
 Responsabile Dott.ssa Angela Sambataro  
 Tel. 011/90.26.351  
 Email: a.sambataro@sanluigi.piemonte.it

## DATI ANAMNESTICI

Per ridurre al minimo i rischi di complicanze, la invitiamo a rispondere alle seguenti domande :

- è affetto da malattie del sangue o ha tendenza al sanguinamento eccessivo ( es. frequente ed abbondante sanguinamento dal naso, tendenza ad avere ematomi, etc..)? **SI** **NO**
- in caso lei sia affetto da malattie particolari la preghiamo di elencarle:

- 
- Assume terapia anticoagulante (coumadin, sintrom, nuovi anticoagulanti orali, eparina etc...) o antiaggreganti piastrinici (cardioaspirina, ticlopidina, plavix etc...)? **SI** **NO**

Se **SI**, indichi quali farmaci anticoagulanti o antiaggreganti assume \_\_\_\_\_  
 Se **SI**, li ha sospesi e da quanti giorni? \_\_\_\_\_

- Indichi di seguito se assume altri farmaci ed il loro dosaggio

- 
- È portatore di Pacemaker (elettrostimolatore cardiaco)? **SI** **NO**
  - È affetto da cardiopatia che richiede profilassi antibiotica (vizi e protesi valvolari, pregresse endocarditi)? **SI** **NO**
  - Se **SI**, ha effettuato la profilassi antibiotica prevista e quando? \_\_\_\_\_
  - Se è una donna in età fertile è, oppure ritiene di essere, in gravidanza? **SI** **NO**
  - Ha allergie, per esempio a farmaci (in particolare anestetici) o a lattice? **SI** **NO**
  - Se ha risposto **SI** la preghiamo di indicare a quali sostanze è allergico \_\_\_\_\_

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

Firma del rappresentante legale \_\_\_\_\_  
 (genitori di minore/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

Luogo \_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Gestione della terapia anticoagulante/antiaggregante in pazienti che devono sottoporsi a procedure di endoscopia digestiva**

### **Obiettivi:**

In previsione dell'esecuzione di una procedura endoscopica è necessario che il medico prescrittore si informi in merito all'eventuale assunzione da parte del paziente di una terapia anticoagulante o antiaggregante. Il medico prescrittore ha l'obbligo di fornire al/paziente informazioni adeguate ed uniformi rispetto alla gestione o interruzione dell'eventuale terapia.

### **Standard:**

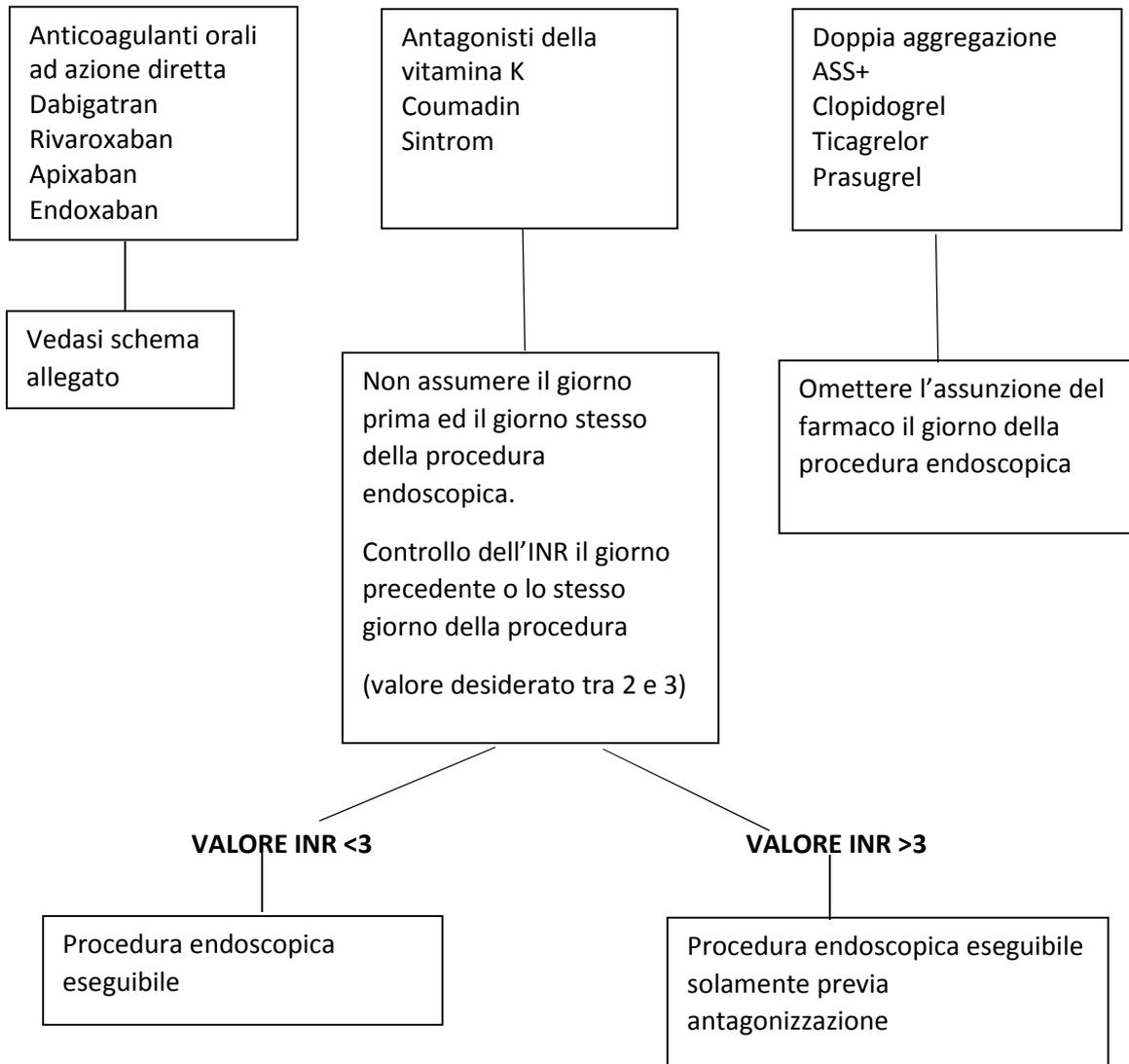
Per evitare complicanze emorragiche durante o dopo l'esecuzione di una procedura endoscopica è necessario che tutti i medici coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione della stessa forniscano in caso di terapia anticoagulante o antiaggregante indicazioni accurate, rispetto alla sua gestione o interruzione, in maniera conforme a quanto previsto e definito nel presente documento.

**Le procedure endoscopiche possono essere stratificate, in base al rischio emorragico, in procedure a basso ed alto rischio:**

**1. Le procedure endoscopiche a BASSO rischio emorragico sono rappresentate da:**

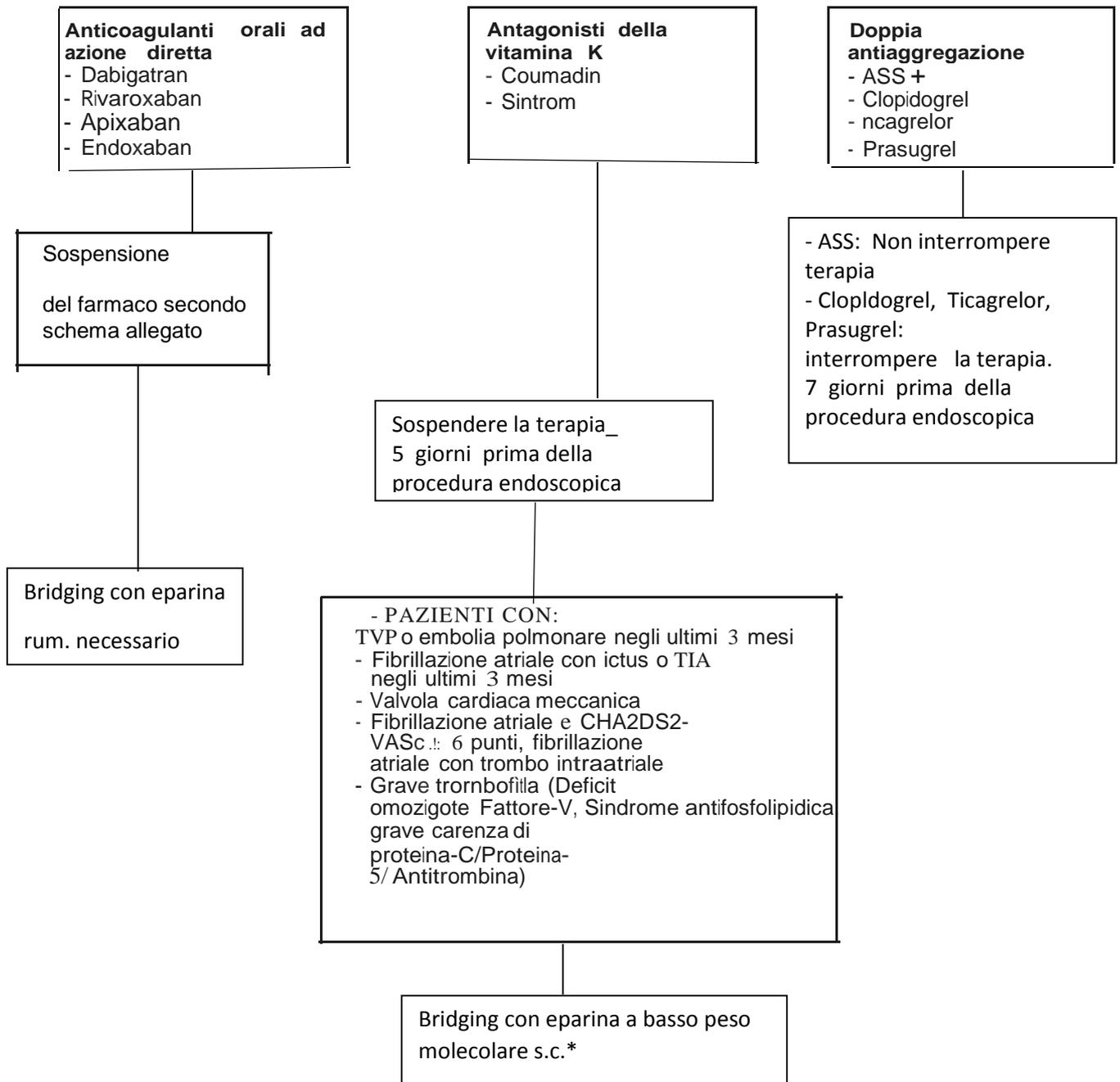
Gastroscopia + biopsia

Colonscopia + biopsia + polipectomia < 1 cm



2. Le procedure endoscopiche ad ALTO rischio emorragico sono rappresentate da:

- Colonscopia con polipectomia > 1 cm
- PEG
- Resezione endoscopica della mucosa o della sottomucosa
- Trattamento varici esofagee
- Dilatazione
- Papillotomia (ERCP)
- Inserzione stent metallico



\* L'Eparina va sospesa 24 ore prima della procedura. 48 - 72 ore dopo la procedura è indicata la ripresa della terapia anticoagulante.

Periodo in cui si dovrebbe sospendere la terapia con nuovi anticoagulanti orali (NOA); oltre a non assumere la terapia il giorno della procedura endoscopica, seguire~ le seguenti indicazioni:

Dabigatran	SSO	Non assumere NOA neppure il giorno prima della procedura	Non assumere NOA neppure i 2 giorni prima della procedura
Dabigatran	< S0	Non assumere NOA neppure i 2 giorni prima della procedura	Non assumere NOA neppure i 4 giorni prima della procedura
Rivaroxaban	indipendente	Non assumere NOA neppure il giorno prima della procedura	Non assumere NOA neppure i 2 giorni prima della procedura
Apixaban	indipendente	Non assumere NOA neppure il giorno prima della procedura	Non assumere NOA neppure i 2 giorni prima della procedura
Edoxaban	indipendente	Non assumere NOA neppure il giorno prima della procedura	Non assumere NOA neppure i 2 giorni prima della procedura

### **Definizioni/abbreviazioni:**

ASS: Acido acetilsalicilico

INR: International Normalized Ratio (metodica di misurazione del tempo di protrombina che permette la standardizzazione dei valori riportati)

PEG: ERCP: TVP: TIA:

Gastrosopia endoscopica percutanea

Colangiopancreatografia retrograda endoscopica

Trombosi venosa profonda

Attacco ischemico transitorio

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc: Schema di classificazione del rischio del paziente affetto da fibrillazione atriale

NOA: Nuovi anticoagulanti orali

s.c.: sottocute

GFR: Glomerular Filtration Rate (filtrate glomerulare)